ARCHIVIO ITALIANO

PER LE

MALATIE NERVOSE

E PIÙ PARTICOLARMENTE

PER LE

ALIENAZIONI MENTALI

ORGANO DELLA SOCIETÀ FRENIATRICA ITALIANA

DIRETTO DAI DOTTORI

ANDREA VERGA E SERAFINO BIFFI

COLLA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI

Prof. LUCIANO ARMANNI
» CAMILLO GOLGI
» AUGUSTO TEBALDI
» AUGUSTO TAMBURINI

Dott. CLODOMIRO BONFIGLI
» PIETRO GRILLI
» ANTONIO MICHETTI
Prof. ENRICO MORSELLI

Prof. GASPARE VIRGILIO



MILANO

TIPOGRAFIA FRATELLI RECHIEDEI

1883.

p. 407/08 not existing

ARCHIVIO ITALIANO

PER LE

MALATIE NERVOSE

E PIÙ PARTICOLARMENTE

PER LE

ALIENAZIONI MENTALI



ORGANO DELLA SOCIETÀ FRENIATRICA ITALIANA

DIRETTO DAI DOTTORI

ANDREA VERGA

Professore di medicina mentale nell'Ospitale maggiore di Milano,

SERAFINO BIFFI

Medico-Direttore del privato Manicomio a San Celso in Milano.

COLLA COLLABORAZIONE DEI SIGNORI

Prof. LUCIANO ARMANNI
» CAMILLO GOLGI
» AUGUSTO TEBALDI
» AUGUSTO TAMBURINI

Dott. CLODOMIRO BONFIGLI
» PIETRO GRILLI
» ANTONIO MICHETTI
Prof. ENRICO MORSELLI

Prof. GASPARE VIRGILIO

ANNO VENTESIMO

MILANO

TIPOGRAFIA DEI FRATELLI RECHIEDEI

1883.

MEMORIE ORIGINALI

FRENOSI ALCOOLICA E FRENOSI PARALITICA. — *Parallelo clinico-statistico ed anatomo-patologico del dottor* LUIGI FRIGERIO.

Giammai come in questi ultimi anni le malattie mentali prodotte dall'intemperanza sono state oggetto di tante e profonde indagini; le quali però non hanno punto eliminato le incertezze che dalle divergenti opinioni degli autori dovevano scaturire intorno all'essenza delle medesime. Mentre, infatti, gli uni non riconobbero alcuna distinzione fra l'alcoolismo cronico e la paralisi generale progressiva, alcuni ritennero che queste due malattie si succedano per modificata condizione patologica dell'infermo, ed altri tentarono di creare una varietà morbosa intermedia sotto la denominazione di *pseudo-paralisi generale alcoolica*.

Di fronte a così larga disparità di vedute, ci parve importante il concorrere (mercè l'annuenza dell'egregio Direttore di questo Manicomio) alla trattazione del grave argomento, collo scopo principale di stabilire su quali criterj si possa basare la diagnosi differenziale della frenosi alcoolica e della frenosi paralitica: due forme di alienazione mentale che solitamente e con crescente diffusione succedono alla intemperanza.

A tale intento ci siamo proposti di verificare quali fossero le malattie che, pur dipendendo da questa

stessa causa, sotto varia forma si manifestarono negli individui qui accolti nel periodo di 14 anni, cioè dal 1868 al 1882. Ed avvertiamo, per la più fedele interpretazione dei fatti, che nel novero di tali malattie alcune ve ne furono cosiffatte da trarre facilmente ad errori diagnostici, causa le moltiformi sembianze della frenosi alcoolica.

Per qualche caso poi non esitammo a credere con Maudsley che « le diverse persone sentono diversa« mente l'azione dell'alcool, secondo il loro tempe« ramento. La natura inconscia e reale dell'uomo è « sempre quella che si fa innanzi. L'uno diverrà un « maniaco furioso, triste e melancolico l'altro, e un « terzo fin dalle prime è già fatto stupido ed indo« lente. »

Sopra 1005 individui accolti nel periodo di tempo succitato per aver abusato di vino, di venere e per aver subìto traumi al capo, 155 avevano abusato solamente di vino e di alcoolici, e di essi soli 50 vennero ritenuti affetti da frenosi alcoolica; gli altri furono registrati sotto la forma della mania e della melancolia.

La frenosi alcoolica, il di cui delirio è quasi sempre la manifestazione dell'alcoolismo cronico e della quale vogliamo ora occuparci più davvicino, riconobbe nel maggior numero dei casi la causa predominante nell'eccesso del vino e più di rado in quello degli alcoolici, isolatamente o contemporaneamente abusati e colla concomitanza della predisposizione ereditaria.

Di leggieri si comprende come un così largo contingente di pazzi sia stato dato al Manicomio dall'abuso del vino, quando si pensa agli effetti perniciosi che l'alcool determina sui centri nervosi; epperò, contrariamente alla teoria secondo la quale l'alcool, in forza dell'azione riduttrice dell'economia animale si trasformava in aldeide,

acido acetico ed ossalico, ammettesi oggidì che tale sostanza sia assorbita rapidamente dalle vene dello stomaco e si accumuli inalterata preferibilmente nel fegato e nel cervello.

Interessanti studj pertanto si sono fatti onde determinare la quantità di alcool necessaria a produrre la frenosi alcoolica: e da quanto scrisse Lunier sembrerebbe che « coloro i quali bevono ogni giorno una « dose esagerata di alcool in quantità sufficiente per « determinare l'ubbriachezza, sono più esposti alla « follia alcoolica di quelli che si ubbriacano di quando « in quando, ma che perdurano sobrj durante l'inter« vallo dei loro eccessi. »

Risulta inoltre dagli esperimenti di Albertoni e di Lussana, che l'alcool ordinario a 38° Beaumé, nell'uomo adulto, del peso di 70 chilogrammi, abitualmente parco, ma avvezzo all'uso di una certa quantità di vino, dà fenomeni subjettivi sul sistema sensifero e intellettuale amministrato nella dose di 0,42|000, mentre che per provocare fenomeni di alterata locomozione deve essere dato nella proporzione di gr. 2,40|000.

Ma di eccezionale importanza sono le esperienze del prof. Mosso; questi ebbe campo di studiare con appositi apparecchi gli effetti che sulla circolazione del sangue si manifestavano in un suo paziente in seguito alla libazione di determinate dosi di bevande spiritose. L'egregio fisiologo di Torino, con questa ed altre prove, potè agevolmente convincersi del rapidissimo assorbimento per il quale l'alcool invade l'organismo e della sua azione diretta sui centri nervosi.

Nè sono rari i casi di delirio per avvelenamento alcoolico nelle persone che rimasero per molte ore chiuse nelle cantine in contatto dell'acido carbonico emanante dalla fermentazione del mosto; ed a questo riguardo non sarà privo d'interesse il ricordare un

alienato di questo Asilo, il quale, occupandosi al ricorrere della vendemmia, nella confezione del vino, ricadeva in preda ad accessi di furore maniaco, mentre nelle altre epoche dell'anno serbavasi calmo e ragionevole. Un fatto singolare infine colpì la nostra osservazione: più d'una volta ci accadde di notare che in taluni alcoolizzati, quasi che fossero saturi di alcool, anche una tenuissima quantità di vino bastava perchè si manifestassero imponenti effetti di sovraeccitazione mentale.

Causa efficiente della frenosi alcoolica altro non è, adunque, che l'alcool: non però ogni sorta di vino e di liquori spiritosi agiscono egualmente sul nostro organismo, giacchè, oltre alla maggiore quantità ed alla pessima qualità dell'alcool del commercio, molti di essi diventano nocivi per le sostanze che naturalmente od artificialmente portano commiste più o meno velenose; così dicasi dell'acido solforico che si aggiunge al vino per *sciogliere* il così detto *grassume*, dell'acido cianidrico che entra a far parte del kirsch, del rame e del piombo che si getta nelle botti per togliere al vino l'odore del solfo e di alcune sostanze coloranti derivanti dall'anilina e specialmente della fucsina che molti adoperano per colorire i vini; la quale è preparata mediante composti assai velenosi (preparati arsenicali). Secondo Champouillon, infine, tutte le acquavite ottenute dalla distillazione delle farine fermentate di segale, orzo, patate, ecc., contengono una certa quantità di olio empireumatico, che le rende più inebbrianti e più pericolose di quelle che provengono dalla distillazione del vino.

Dalle osservazioni fatte in questa città e nei dintorni ci venne accertato che ai vini bianchi (dei liquori si fa modico uso) come quelli, che per essere conservati in buone condizioni hanno d'uopo di più o meno ab-

bondante aggiunta di cottura (*vino cotto*) e perchè si vendono a prezzo più mite, devesi ascrivere la maggior parte dei casi di frenosi alcoolica; i vini neri infatti contengono il 9 % di alcool che nei bianchi raggiunge l'11 %. I vini poi si coloriscono colle bacche del *Sambucus ebulus* (caprifogliacee) le quali sono riconosciute del tutto innocue.

Ma se l'alcool è stato riconosciuto causa efficiente, molteplici furono le cause predisponenti alla frenosi alcoolica: prima anzitutto l'ereditarietà, in conferma dell'opinione espressa anche da Bucknill, il quale, non senza esagerarne l'importanza, non dubitava essere in causa di innata predisposizione che l'ubbriachezza produce la pazzia; questa non risultare direttamente dall'abuso degli alcoolici ma svilupparsi sopra un terreno preparato, nel mentre devesi considerare l'intemperanza come una causa occasionale.

La media dei casi di frenosi alcoolica qui accolti, nei quali l'elemento ereditarietà ne preparò lo sviluppo, fu del 13 17|31 %. Dalle sotto descritte notizie viene inoltre dimostrato in quale misura la causa ereditaria abbia esercitata la propria nociva influenza:

A. B., aveva il padre beone. — G. C., nacque da padre pazzo. — D. M., come il fratello, fu qui ricoverato per frenosi alcoolica. — R. B., nacque da madre apoplettica e da padre irascibile. — P. M., ebbe un fratello pazzo. — G. C., ebbe pazzi l'avo ed uno zio paterno. — C. N., nacque da madre epilettica. — L. L., ebbe il padre beone. — F. T., nacque da genitori ubbriaconi. — L. U., nacque da madre pazza e da padre apoplettico. — G. A., dei parenti uno è morto per suicidio, tutti gli altri erano più o meno dediti all'ubbriachezza e qualcuno fu pazzo.

Vengono poi fra le altre cause predisponenti: 1.° l'età, che fu prevalente dai 30 ai 40 anni; 2.° la pro-

fessione: non raramente osservammo casi gravissimi di frenosi alcoolica nei cucinieri bevitori, nei quali all'azione dell'alcool si aggiunse quella, non meno deleteria, dell'acido carbonico e della elevata temperatura dell'ambiente.

Rilevammo inoltre che fu assai grande il numero dei ricoverati appartenenti alle basse sfere sociali: fra artigiani, coloni e braccianti si ebbe un totale di 87 individui qui accolti per aver abusato di alcoolici e di vino, ossia la media di 56 %.

La media poi di quelli registrati sotto la forma della frenosi alcoolica fu del 54 %.

Le quali cifre superavano di gran lunga quelle date dalle altre classi; infatti di 155 individui divenuti alienati in seguito ad accessi bacchici, 51 erano possidenti, impiegati, militari, ecclesiastici, professionisti, ecc.; si ebbe cioè la media percentuale di 32 28[31, e da essi quali affetti da frenosi alcoolica, si ebbe la media del 40 per cento.

La ragione principale di tale differenza crediamo doversi ricercare, oltrechè nel freno imposto dall'educazione alle classi elevate della società, anche nelle condizioni che più funestamente dispongono all'azione del vino e degli alcoolici coloro che fanno più largo spreco della vita fisica, ed in pari tempo si nutrono con alimenti men ricchi di sostanze azotate.

Circa ai militari, per le notizie cortesemente favoriteci dall'egregio sig. Colonnello dott. Baroffio, membro del Comitato superiore di sanità, ci venne fatto di sapere che, mentre nell'esercito l'alcoolismo non era tanto raro in passato, oggidì per la breve ferma, per il passaggio agevolato ai sott' ufficiali nella carriera degl'impieghi civili, l'alcoolismo è malattia rarissima. Nel 1880 si ebbe un solo decesso per alcooli-

smo, nel 1881, per i primi otto mesi, non ne risultò alcun caso.

« Negli ufficiali, soggiunge il dott. Baroffio, non è « così rara l'accennata malattia; e forse un certo nu- « mero dei non pochi casi di pazzia ad esso attribuiti « riconosce una causa, se non esclusivamente efficiente, « certo occasionale nell'abuso delle bevande alcooliche, « piuttosto però del vino che dei liquori. »

A noi pure fu dato di confermare, nella pratica privata invece che nel Manicomio, il numero non esiguo degli ufficiali impazziti in seguito agli eccessi di cui discorriamo; ricordiamo fra gli altri il caso di un capitano di fanteria, il quale, dominato da delirio persecutivo, senza posa tormentato da allucinazioni auditive, cambiava più volte l'alloggio e finalmente lasciava questa città per ritornar in patria, sperando di riacquistarvi la pace perduta.

Quanto al sesso, tenuissima fu la cifra delle donne, 7: aggiungasi che altre 16 ritenute affette da differenti forme di pazzia, avevano pure abusato del vino; diremo infine che quasi tutte provenivano dall'infima classe sociale, due sole avendo vissuto nell'agiatezza.

Riguardo allo stato civile: i celibi diedero la media di 37 e 13|31, i conjugati quella di 48 12|31, i vedovi di 14 6|31 % in relazione alla cifra dei 155 individui pei quali militarono le cause che si possono raggruppare sotto la denominazione generica dell'intemperanza; la media poi che riflette i pazzi di frenosi alcoolica (50) fu di 34 % per i celibi, di 64 % per i conjugati e di 14 % per i vedovi.

Sintomi. — Per l'azione che l'alcool trasportato nella massa sanguigna, esercita sul cervello e sul fegato elettivamente non che sugli altri visceri, ne deriva una profonda modificazione dei processi chimici dai

quali dipende la vita dell'organismo umano: ne viene quindi per naturale conseguenza che a formare il complesso dei sintomi della frenosi alcoolica abbiano concorso la maggior parte dei sistemi della vita organica e quelli della vita di relazione.

Notammo infatti, relativamente ai primi, che nella pluralità degli individui qui accolti per frenosi alcoolica l'aspetto generale era improntato da speciali caratteristiche: fisionomia stupida, pelle del viso arida, di colore giallastro ed untuosa, bene spesso eritematosa e segnata da strie sottilissime di colore oscuro; oltre a ciò osservammo con qualche frequenza: precoce calvizie, congiuntivite catarrale, coloramento giallognolo della sclerotica e dilatazione pupillare unilaterale o bilaterale; e due volte riscontrammo uno speciale eritema al dorso delle mani, molto simile a quello dei pellagrosi e che in un caso erasi manifestato sopra un alienato di frenosi alcoolica da parecchi anni qui ricoverato.

Erano poi ben manifesti e profondi i disturbi del sistema digerente: facili vomiturazioni, anoressia, sitofobia ostinata, alito fetido, superficie della lingua irregolare per profonde screpolature, papille ipertrofiche, addome meteorico, stitico e alternativamente diarroico.

Quanto all'apparato circolatorio: la distensione, la tortuosità e la resistenza alla pressione delle arterie temporali, il cardiopalmo e le facili congestioni dei vasi emorroidarj. Il fegato apparve molte volte tumido e dolente alla pressione nei casi di data recente. Ricche di fosfati le urine.

Della seconda serie di sintomi, inerenti cioè alla vita di relazione, rilevammo quasi costante, circa la sensibilità: insonnio ostinatissimo, senso di pesantezza al capo, formicolio degli arti, iperestesia ed anestesia. Anche i sensi specifici vennero trovati bene spesso

turbati nelle loro funzioni, dando luogo ad illusioni sensorie e ad allucinazioni svariatissime, fra le quali ricorderemo quella comune agli alcoolizzati, offerta da certo M., cuoco, che ovunque scorgeva animali mostruosi; ricorderemo inoltre, come esempio di illusioni sensorie interne, quella che ricorrentemente si notava nell'alienato C.; questi andava soggetto ad accessi di ipocondriasi nei quali diceva di sentirsi muovere nel ventre persone, animali, ecc.

P. C., notajo, d'anni 41, derivava da padre apoplettico ed ebbe fra i parenti in linea laterale parecchi pazzi; fra i genitori poi correva sproporzionata differenza di età: il padre era assai più innanzi negli anni in confronto della propria moglie. Il C., datosi all'abuso del vino, ammalò di frenosi alcoolica, che al dire della relazione medica, non fu preceduta da nessun sintomo precursore, e che si manifestò con sensibile cambiamento di carattere: « cominciò a sospettare della fedeltà della moglie e a diffidare di tutti quelli che lo avvicinavano. »

Fra le lesioni della vita organica si notò che col ricorrere di ogni estate ricomparivagli sul dorso delle mani un eritema erpetiforme.

Fra i fenomeni inerenti alla vita di relazione, ed è ciò che quì cade in acconcio di segnalare, offriva rimarchevole esempio di illusioni sensorie e di allucinazioni auditive: credeva avere sulla punta della lingua una pallottolina di cera o miele, che lo costringeva a masticare di continuo. Monocolo, gli parve poco prima di essere condotto al Manicomio, che l'occhio sano, il sinistro, fosse andato nel mezzo della fronte: il che gli faceva temere di essere divenuto un ciclope. Era inoltre persuaso che il suo pensiero si comunicasse ad altri, come pure credeva di udire le risposte che gli facevano i suoi amici lontani.

M. P., era pure continuamente tribolato da allucinazioni visive ed auditive e da illusioni sensorie: tenevasi sempre coperto il capo per ripararlo dal contatto dell' acqua bollente, di cui i suoi nemici volevano bagnarlo.

C. P., figlio di beone e nipote di pazzi, poeta distinto e gran bevitore, ci raccontava che nel parossismo sopravvenutogli poco prima di essere inviato qui, in seguito a copiose libazioni di vino e di liquori, sentiva una voce angelica suggerirgli alcuni versi i quali, fattosi calmo, potè scrivere e che giudicò bellissimi e tanto da non crederli imaginati dalla sua mente.

R. D., sacerdote, recidivo per la terza volta, invitato ripetutamente ad occuparsi nella lettura del *breviario*, rispondeva essere ciò inutile, giacchè Sant'Agostino stava appunto leggendo quel libro dinanzi a lui.

Nel sistema locomotorio, i sintomi più salienti furono: il tremolìo delle estremità superiori e la debolezza degli arti inferiori, che in taluni casi raggiunse lo stato di paresi, ed alla quale appunto si attribuiva la difficile locomozione: affezione questa che qualche volta precedette lo sviluppo della frenosi alcoolica, scomparendo poi al manifestarsi della medesima.

Dal lato morale si notò grande pusillanimità, avversione ai parenti e tendenza ostile verso i medesimi; tendenza che talora assunse all'improviso il carattere di impulsione a percuotere le persone amiche e gli stessi congiunti.

Questi sintomi furono bene spesso preceduti da svogliatezza al lavoro, da vertigini e da languore generale delle forze.

Le lesioni della mente si trovarono caratterizzate dalla ottusità più o meno profonda, e dalla labilità della memoria, e il più delle volte dal delirio perse-

cutivo; al quale appunto si accagionarono i tentativi di omicidio e di suicidio cui si abbandonarono gli individui qui accolti per frenosi alcoolica.

Raramente ci accadde di rilevare il delirio di grandezza: in simili casi però non mai lo vedemmo rappresentato dai caratteri che sono speciali a quello proprio della frenosi paralitica. Che se qualche volta traspariva dagli scarsi scritti una certa ampollosità e prolissità di forma, e una tal quale incertezza nel tracciato delle linee, non mai si rilevarono errori grafici ed intellettuali. Valgano i seguenti esempj:

T. R., fu qui accolto per frenosi alcoolica in preda a notevole esaltamento; modesto impiegato nelle ferrovie, non dubitava che, grazie alla nuova legge sulle elezioni politiche, sarebbe stato inviato al Parlamento: a tutti chiedeva il voto, non esclusi i compagni di clausura, ai quali prometteva immediata libertà onde potessero fruire del loro diritto di elettori.

In preda a questo delirio ed atteggiandosi alla più comica serietà, dettava programmi politici ricchi di frasi altisonanti e scriveva un infinito numero di lettere, dalle quali appunto togliamo i seguenti brani:

1.°

Egregio, Onorevole, Simpatico, Esimio, Amatissimo Signor......
Col mio convoglio viaggiavano due cittadini entrambi appartenenti a quella nobile, patriottica, commerciale, industriale, agricola, enologica ed anticlericale città che si appella con quel nome ferreo, maestoso, potente e rispettato di *Torino!* Sì Egregio mio ed Adorato Signore!.....

2.°

Esimia, Illustre Donna.....
Le ritorno la bella e veramente sorprendente Addolorata, fatta dalle gentilissime mani della S. V. Ill.ª Mi permetta di dirle esplicitamente che tale di Lei lavoro è un capo d'opera degno del sommo pennello di Raffaello d'Urbino! Epperciò Ella

può vantarsi di essere la più valente Pittrice, non solo della nostra bella e cara Italia, ma del Mondo intiero. Sarò ben lieto ed altamente onorato se V.ª S.ª vorrà abbassarmi il mandato di portare io stesso qualche prezioso di Lei lavoro artistico alla futura Esposizione che farassi nella diletta Torino, iniziatrice del risorgimento Italiano, giustamente ammirata pel culto di ogni cittadina e domestica virtù!

D. F., d'anni 55, farmacista, fu ammesso per frenosi alcoolica sviluppatasi in seguito all'abuso del vino, di cui beveva fino ad otto litri per giorno: fra i sintomi che ne segnavano l'insorgenza si notavano: « l'ottusità mentale, l'insonnio, l'incontinenza dell'urina, l'indebolimento nei movimenti del tronco e degli arti inferiori, il delirio di grandezza. » Al suo giungere il D., offriva l'aspetto caratteristico del beone: incesso stentato, cute delle guancie e specialmente del naso di colore pavonazzo e sparsa di numerosi bitorzoli. Il D. era leggermente strabico a destra (per eclampsia sofferta da bambino), le pupille erano miotiche ed inerti all'azione della luce, arterie temporali dure e tortuose; il dinamometro segnava 80 al pugno destro. La favella aveva libera; interrogato sulle favolose ricchezze di cui si diceva possessore, rispondeva che « i milioni li teneva solo nella testa. » Egli era amico di S. M. il Re che più volte degnò invitarlo a Corte, ed al quale in prova degli intimi rapporti inviava lo scritto che integralmente riportiamo:

A S. M. invitto ed ammirabile Umberto I.° Re d'Italia e Padre dei popoli per la Dio grazia e la volontà del cielo e di tutte le nazioni

Dal Manicomio, 20, 12, 82.

A S. M. Umberto I.° re d'Italia e alla serenissima Consorte Margherita Madre del Popolo e delle genti cristiane di tutte le nazioni. Maestà! D... colla più grande riconoscenza e con tutta l'espansione dell'animo e dello spirito ringrazia Vostra Maestà

Eccell.ª benefattore di questo terracqueo globo e supplica l'immensità del vostro buon cuore augurando insieme all'intera V. famiglia felicissime feste natalizie ed un più che prospero e felice capo d'anno insieme ad un avvenire di Paradiso. Deh! proteggete i fedeli sudditi pronti a spargere il loro sangue per l'invitta vostra ed incrollabil famiglia e fate grazie pure di mandarmi qualche franco.

In attesa di gradito riscontro bacio con il palpito d'amore la vostra sacra e tremenda mano sempre pronta a punire i perfidi ed a sollevare i miseri cristiani. Viva la famiglia Reale, viva la Nazione ridotta in una sola famiglia, viva la Repubblica Universale.

Decorso. — La media percentuale dei dimessi guariti fu del 54 %; a questo proposito è ovvio notare che nelle recidive, non poche e nemmeno poche volte rinnovatesi (un tale fu riammesso per sei volte) la durata della malattia fu assai più lunga e in molti casi seguita dalla morte o dallo stato cronico, caratterizzato dal profondo indebolimento delle facoltà mentali e dal notevole deterioramento delle condizioni fisiche, appalesantesi colla progressiva denutrizione fino al marasmo. Nei casi opposti, dopo breve soggiorno si attutiva ogni traccia del morbo mentale, ed il malato entrava in piena convalescenza: non altrettanto osservammo circa le lesioni motorie, le quali non sempre seguirono questo decorso perdurando esse con varianti di poco rilievo. Di 50 individui accolti per frenosi alcoolica ne guarirono 27, dei quali 7 uscirono nel periodo di un mese, 4 in quello di due a tre mesi, 3 in quello di tre a quattro mesi, 5 nel periodo di un anno, ed i rimanenti dopo due anni. È pure utile sapersi che, se fra le malattie intercorrenti annoverammo con qualche frequenza la bronchite catarrale, non ci fu dato mai di riscontrare nè la pneumonite, nè il reumatismo articolare, come altrove, in condizioni climatiche più favorevoli allo sviluppo di tali complicazioni

morbose, si è osservato; e dallo spoglio delle relazioni mediche una sola volta risultò che era insorto il reumatismo articolare nei primordj della malattia. Bensì assistemmo all' insorgenza delle convulsioni epilettico-apoplettiformi sempre foriere di infausto fine.

Pronostico. — La prognosi, come risulta dal fin qui detto, è fausta per la frenosi alcoolica non recidiva, riservata nei casi di recidività multipla, assolutamente sfavorevole quando insorgono gli accessi convulsivi suaccennati. Infatti, la media delle guarigioni nei casi non recidivi è stata del 32 %, e del 22 % nei casi recidivi.

Cura. — In generale, oltrechè alla modicissima somministrazione del vino, la cura venne affidata specialmente alla propinazione dell' oppio a dose crescente e sotto forma del laudano liquido del Sydenham, il quale anche per consiglio di questo sig. Direttore venne qualche volta spinto fino a 2 grammi al giorno, e all' uso di bagni generali tiepidi concomitando il bagno freddo al capo; si ricorse inoltre ai tonici ed agli eccoprotici ogni qualvolta venivano consigliati da particolari indicazioni con manifesto vantaggio del paziente. Grande utilità si ricavò pure dalle sottrazioni sanguigne fatte dalle regioni delle tempie e dalle vene emorroidarie, dirette a combattere lo stato iperemico cerebrale e la impedita circolazione della vena porta.

Decessi e reperti necroscopici. — La media dei decessi fu di 36 %, la qual cifra si ebbe a preferenza dagli individui dell' età di 30 a 50 anni e dopo il soggiorno di circa un mese. Fra i decessi si contò un individuo recidivo per la seconda volta, un altro per la terza ed un terzo per la quinta volta. I celibi diedero la mortalità

media del 12 %, i conjugati del 22 % e i vedovi del 16 %; notisi, relativamente a questi ultimi, che la loro cifra era molto inferiore, anzi rappresentava il minimo nelle ammissioni e nelle dimissioni.

In ordine ai reperti necroscopici, ai quali stimiamo utile far precedere brevi cenni storici, premettiamo che non sempre ci fu possibile procedere all' autopsia in ogni caso di morte, opponendosi bene spesso il divieto dei parenti.

1. Luigi B., d'anni 40, possidente, scevro da labe gentilizia, di carattere stravagante fin dall'infanzia ed in seguito proclive alla vita dell' osteria, fu bevitore per eccellenza; così che ammalatosi di frenosi alcoolica, cominciò a soffrire dapprima di cefalea e d' insonnio, poscia a mostrarsi cattivo in famiglia fino a maltrattare la moglie ed i figli. Dopo due mesi di degenza cessava di vivere, sopracolto da convulsioni apoplettiformi. Rinvenimmo sulla dura-madre del lobo parietale destro, un circoscritto ispessimento di 6 mm., tale membrana appariva tomentosa e ricca di sangue. La sostanza cerebrale dell'emisfero destro era riccamente punteggiata per stravaso dei capillari. L'arco aortico appariva tempestato da numerose placche ateromatose. Lo stomaco assai disteso. Fegato cirrotico.

2.° Giuseppe L., calzolajo, fu qui accolto nell' età di 56 anni per frenosi alcoolica, alla quale fu predisposto dal vizio ereditario: uno zio ed un fratello di lui morirono pazzi. Il L., datosi all' abuso del vino manifestò delirio di persecuzione e timoroso di non poter sfuggire alle insidie dei nemici evitava il comune consorzio. Avendo inoltre tentato il suicidio, venne qui inviato; trascorsi tre anni nella massima apatia, cessava di vivere per marasmo. All'autopsia offriva numerosi focolaj cancerosi (fibromi) al fegato.

3.° Placido C., d' anni 54, legnajuolo', ammesso per tre volte in preda a frenosi alcoolica che lo rendeva pericoloso a sè ed agli altri e che durante il suo soggiorno fu più volte operato di paracentesi addominale per idrope ascite, presentava all' autopsia notevole inspessimento delle meningi cerebrali ed il cuore coperto di adipe. Il fegato bernoccoluto alla superficie per neoproduzioni di natura connettiva della glissoniana; parenchima di colore giallo-bruno, lacerabile a lieve pressione. La mucosa dello stomaco sparsa di tumori di colore bianco-gialliccio e che al microscopio apparvero costituiti da grandi nuclei e da grandi cellule di forma varia con nuclei e nucleoli giganteschi; la maggior parte delle cellule erano tondeggianti. Vi si notarono pure fibre elastiche e muscolari organiche. Nella cavità addominale enorme quantità di siero.

4.° Modesto M., d' anni 38, cuoco, due volte accolto per frenosi alcoolica, dominato da violentissima agitazione, soccombeva sotto gravi accessi di convulsioni apoplettiformi. La vôlta cranica, alla regione frontale era crivellata da numerose ed ampie escavazioni per usura della lamina interna. Sistema venoso superficiale turgido; ventricoli laterali distesi da gran copia di siero. Sostanza cerebrale congesta al taglio; fegato giallo, di aspetto granuloso.

5.° Giovanni M., facchino, ammesso nell' età di 61 anni per frenosi alcoolica che fu preceduta da vertigini, da debolezza degli arti inferiori, insonnio, tendenza ad offendere, cessò di vivere dopo un anno circa dal suo ingresso nel Manicomio. All' autopsia trovammo turgore dei vasi degli involucri cerebrali; nella gran falce una placca ossea di forma oblunga; tortuose e turgide le vene della pia-madre. Negli spazj sotto-aracnoidei trovavasi effuso molto siero, la sostanza cerebrale era finamente punteggiata. Ateromatosa l' arteria spinale anteriore, l' arco aortico di spessore

superiore al normale pure attaccato da ateromasia. Cuore adiposo. Fegato cirrotico.

6.° Nicola F., d'anni 31, stagnino, caduto improvvisamente alienato di frenosi alcoolica sviluppatasi con allucinazioni auditive e tendenze pericolose, moriva dopo tre mesi di soggiorno nello Stabilimento. Nelle ossa craniche scarseggiava la diploe e la tavola interna era crivellata da numerosi fori e da molteplici escavazioni, alle quali, lungo la sutura lambdoidea, corrispondevano altrettanti corpuscoli del Pacchioni; nella sostanza midollare e nei talami ottici riscontravansi parecchi focolaj emorragici, i ventricoli laterali erano dilatati e ripieni di siero. Il cuore era coperto da uno spesso strato di adipe, il fegato aveva colore giallo e volume inferiore al normale. I reni erano infiltrati di grasso, lo stomaco enormemente disteso.

7.° Gaetano C., nato da madre epilettica, ammalò di frenosi alcoolica, che per essere caratterizzata da atti pericolosi, lo traeva al Manicomio nell' età di 45 anni.

Il C. moriva dopo cinque giorni dalla sua venuta, ed offriva all' autopsia: sottilissime le ossa craniche ed assai porose. La pia-madre notevolmente inspessita. Molto siero raccolto nei ventricoli laterali. Capillari della sostanza cerebrale beanti sangue. Cuore voluminoso, adiposo. Ateromasia incipiente all' arco aortico; fegato ricco di sangue. Reni adiposi. Stomaco assai dilatato, ripieno di sangue putrescente. Mucosa erosa al piloro ed al cardias, vene turgide e tortuose.

8.° Luigi F., cantiniere, di padre beone, manifestò sintomi di paresi degli arti inferiori prima di ammalare della frenosi alcoolica per la quale fu qui condotto e che scomparvero al manifestarsi della medesima; F. morì dopo 11 giorni di degenza: ossa craniche compatte, dura-madre aderente alla vôlta, pia-madre adesa alle circonvoluzioni

frontali. Alla base del cranio era sparsa notevole quantità di sangue. Sostanza cerebrale di consistenza superiore al normale; punteggiata riccamente per stravaso dei capillari. Plessi coroidei ricchi di sangue, ghiandola pineale scrosciante al tatto. Cuore adiposo, voluminoso, floscio; fegato piccolo, di colore giallognolo, untuoso al taglio. Reni adiposi, il destro pesava 220 gr., il sinistro 230.

Considerazioni. — Emerge dalle descritte indagini necroscopiche che varie serie di fatti caratterizzarono al tavolo anatomico gli effetti del vino e dell'alcool.

Considereremo anzitutto l'atrofia più o meno estesa delle ossa del cranio, la quale potrebbe a ragione ritenersi l'effetto della scarsa introduzione nell'organismo di alimenti azotati, e che sarebbe stata giustificata dalla maggior copia dei prodotti di riduzione riscontrata nelle urine degli alcoolizzati sotto forma di fosfati.

Le quali parziali usure delle ossa, secondo l'opinione di Hans Laer sarebbero altresì attribuibili all'iperplasia del tessuto connettivo, come a noi pure venne dimostrato da ripetute indagini microscopiche, costituente per l'appunto i voluminosi corpuscoli del Pacchioni.

A testimoniare poi lo stato congestivo cefalico, col quale, secondo pensa lo stesso Hans Laer, sta eziandio in relazione il rigoglioso sviluppo dei corpuscoli suddescritti, ricorderemo i numerosi e larghi fori ricettanti i vasi turgescenti delle meningi: il che importa notare, per quanto si riferisce alle peculiari condizioni irrigatorie, alle quali appunto sono imputabili i disturbi funzionali d'ordine circolatorio più o meno fugaci e seguíti frequentemente da guarigione nei casi di frenosi alcoolica primitiva.

Pare giusto quindi l'ammettere che col rinnovarsi

di ogni recidiva le pareti vasali, perdurando a lungo, sotto abnorme pressione, si fanno meno elastiche e meno resistenti; come all'infiltrazione adiposa delle tonache vasali ed alla successiva trasformazione calcarea, subordinata alla generale adiposi caratteristica degli alcoolizzati, pare lecito medesimamente ascrivere i descritti sconcerti funzionali. Fra le lesioni secondarie annoverammo quelle dello stomaco, il quale, oltre all'abnorme dilatazione, offerse bene spesso erosioni della mucosa e neoformazioni cancerose: la prima dipendente dall'ingestione del molto liquido, la seconda causata dall'azione caustica dell'alcool. Ma la più costante lesione fu quella della infiltrazione grassosa del fegato: e quando si pensa all'importanza che nell'economia generale dell'organismo assumono le funzioni di questo viscere, di leggieri si rileva la gravità colla quale se ne devono somaticamente valutare le quasi costanti lesioni anatomo-patologiche.

Importantissima infatti fra le funzioni del fegato è la secrezione del glicogene: tanto più importante, quando non sia ammissibile l'accumularsi dell'adipe non completamente saponificato dalla scemata secrezione biliare, in quanto che, per l'ipotesi che osiamo formulare, la protratta iperemia alla quale ordinariamente egli soggiace negli alcoolizzati, dà ragione dell'aumentata secrezione glicogenica e giustifica, secondo Pavy, la trasformazione del glucosio durante la vita, non in zucchero ma in adipe; spiegando in pari tempo l'infiltrazione e la successiva degenerazione grassosa che precede la distruzione delle cellule epatiche, e per conseguenza finale l'alterazione delle funzioni del fegato così grave da cagionare la morte del paziente.

Importanza non minore ha il fegato nella patologia della frenosi alcoolica per ciò che si riferisce alla inceppata circolazione della vena porta in relazione coi

disturbi intestinali, e coll'insufficiente assimilazione del chilo, cui succede il dimagramento proprio degli alcoolizzati allorchè percorrono la curva discendente della parabola.

Non è inoltre ragionevole supporre che la così detta pletora addominale non concorra, in tali casi, a rendere più ostinata la stessa stasi venosa cerebrale? Ciò facilmente si comprende riflettendo agli intimi rapporti che anatomicamente legano la vena porta alle cellule epatiche e trova anche maggiore conferma negli stessi effetti curativi in seguito ai quali mutavansi ben presto le condizioni della mente avviandosi il malato a pronto benessere.

Frenosi paralitica.

L' altra forma di malattia che più frequentemente risultò causata dall' intemperanza, e per la quale furono ammessi nei 14 anni ultimi decorsi 67 individui (51 uomini, 16 donne) nella media del 56 % di conjugati, del 25 % dei celibi e del 19 % dei vedovi, fu la frenosi paralitica; la quale, prima d'ora conosciuta sotto il nome di paralisi generale progressiva degli alienati, ritiensi abbia assunto in questi ultimi tempi spaventevole incremento.

A spiegarne la progressiva diffusione molteplici cause sono state invocate, non ultima l' intemperanza e la sovraeccitazione ed il successivo abbattimento mentale cui si incolpa l' attività sfrenata alla quale si abbandonano preferibilmente le classi più elevate della società.

« È infatti, come scriveva l' illustre Verga fino dal « 1873, la forma al cui sviluppo contribuisce in par- « ticolare guisa il movimento della civiltà. Perciò essa « domina in Francia e in Inghilterra più che in Ispa- « gna ed in Turchia: domina nella parte alta dell'Ita- « lia assai più che nella bassa. Domina nelle città as-

« sai più che nelle campagne e sovratutto domina nei « grandi centri industriali e commerciali e nelle grandi « metropoli ove più fervono le passioni e più sfog- « giato è il lusso e più intemperante è la vita. »

E che nei paesi Orientali sia rara la frenosi paralitica, oltrechè dal sapiente prof. Verga, ci venne appreso ulteriormente dal dott. Sauze, il quale assicurava, in un suo moderno lavoro sull' accrescimento della follia paralitica, che negli alienati del Manicomio di Marsiglia (ove egli esercitò per circa 30 anni) provenienti dall' Algeria assai di raro se ne riscontrò qualche caso.

« La vita calma e rassegnata dei settarj del Corano, « la loro esistenza subordinata al divieto Maomettano « di bere vino e liquori spiritosi, contribuiscono, se- « condo il dott. Sauze, ad attenuare le cause che in « generale si considerano favorevoli allo sviluppo della « paralisi progressiva. »

Alieni però dal concedere, col dott. Sauze, all'abuso degli spiriti la priorità morbigena nella produzione di così terribile affezione, crediamo si debba considerare la medesima come un' entità nosologica assai complessa, non quale il prodotto di una sola causa, bensì di molteplici, come ci venne confermato anche dalle attuali indagini.

Poichè, non esclusivamente all' uso degli alcoolici, che qualche volta sono anzi la conseguenza dei preceduti disturbi mentali, (dipsomania), opinione che trovammo espressa anche dal prof. Verga nel suo ultimo censimento dei pazzi, ed alla attuale libidine dell'oro, ch' è la caratteristica prevalente di questo secolo speculatore, non che alla febbrile attività di cui più sopra parlammo, devesi ascrivere l' indebolimento delle facoltà mentali e tutta la coorte dei sintomi che si manifestano allorquando, per ricorrenti fenomeni conge-

stivi, viene determinato nei centri nervosi quel profondo lavorio inflammatorio cui lentamente susseguono le peculiari alterazioni anatomiche relative al grave morbo.

Anche all' eccesso dei piaceri venerei si dà gran peso nella valutazione delle cause atte a produrre la frenosi paralitica. È fuor di dubbio che i centri nervosi compartecipano largamente all' impeto sessuale con una corrispondente prostrazione dei nervi e con maggiore o minore offuscamento della intelligenza. Non è quindi strano l' ammettere che pure per questa via, dato il concorso di altre cause innate od acquisite, sovraeccitandosi ripetutamente il cervello ed il midollo spinale, questi divengano sede di materiali lesioni.

Epperò dai dati che abbiamo raccolti, l' abuso di Venere isolatamente militante, si trovò rappresentato dalla media di 13 per cento, e lo si riscontrò in un numero più piccolo associato al vizio ereditario ed agli eccessi bacchici.

Attinente alla causa in discorso per l' origine e per gli effetti considerammo la spermatorrea. In seguito ad essa F. D., infermiere, di costituzione linfatica, ma scevro da labe gentilizia, cominciò a dar segni di indebolimento mentale; da morigerato quale era stato in passato, si diede all' abuso del vino, nell' intento di rinvigorire e di sostentare le forze già stremate dal coito eccessivo: si fece prima smemorato e poco zelante nel servizio, poscia del tutto noncurante della disciplina vigente nello Stabilimento, davasi in preda ad ogni sorta di puerili stranezze. Più tardi, subentrò in uno all' atassia linguale, alla blefaroptosi ed alla ricorrente midriasi pupillare, il delirio ambizioso in tutta la sua pienezza; il F., (di professione falegname) scriveva molte lettere, con quali caratteri e con quanta coerenza è ovvio descrivere, dirigendole in Turchia, nello scopo

di procacciarsi i legni più preziosi ed atti a confezionare *lavori non mai visti.* Voleva in pari tempo impiantare vasti laboratorj, mercè la cooperazione accaparratasi di un valente meccanico qui ricoverato per monomania intellettuale. Il F., dopo pochi mesi cessava di vivere in preda a convulsioni apoplettiche-epilettiformi.

Fra le cause indirette della frenosi paralitica è da taluni considerato e gode di sinistra nomea presso i profani, l'abuso del tabacco: ma a destituire questo preteso elemento eziologico di reale fondamento, oltre che venirgli meno le cifre, basta ricordare che al diffusissimo abuso del fumare tabacco non corrisponde menomamente il numero di coloro che ammalano di frenosi paralitica.

Una causa occasionale non frequente ma degna d'essere menzionata, ci parve l'insolazione, avendone avuto un chiaro esempio nel ricoverato L. N. Questi essendosi dato alla vita soverchiamente emotiva, quale si passa fra le bische e le *donne*, dissipava ogni suo avere con grave dissesto finanziario: tale che dovettè procacciarsi un lucro nel modesto impiego di Verificatore nella coltivazione dei tabacchi. Predisposto ad ammalare dal tenore di vita sregolatissima, manifestò i primi segni di pazzia, allorchè, richiedendolo per l' appunto la professione, doveva esporsi in piena estate e per molte ore all' azione dei raggi solari. I sintomi fisici e mentali della frenosi paralitica comparvero subitamente, ed il N. al suo giungere appariva profondamente decaduto nelle forze, specialmente degli arti inferiori. La vita regolata giovò a ridonargli alquanta energia fisica ed a scemare la sovraeccitazione mentale, che però non cessava di riapparire ad intervalli, specialmente appena dopo il pasto, sotto forma di delirio di grandezza che il N. esprimeva con morbosa e balbettante loquacità.

Dell' influenza che il vizio ereditario esercita sullo sviluppo della frenosi paralitica non ci occuperemo lungamente, perchè poche volte lo trovammo in giuoco sia isolatamente che associato alle cause più sopra descritte, e piuttosto che dei pazzi riscontrammo negli antenati individui altrimenti compromessi da malattie dei centri nervosi. Giova inoltre notare che le tabelle nosografiche relative ai malati di questa forma di pazzia, per un malinteso riserbo dei parenti, erano quasi sempre prive delle notizie più importanti. È però opinione accreditata quella secondo la quale si debba dare alla ereditarietà una significante importanza: rilevammo infatti anche in un recente lavoro di Wille (*Sulla eziologia della paralisi progressiva*) che sopra 24 maschi affetti da questa malattia, il vizio ereditario vi era rappresentato dal 60 per cento; l' Autore poi attribuisce non minore importanza alla civilizzazione, come quella che impone al cervello un lavoro esorbitante: nega invece una speciale influenza agli eccessi venerei ed alla sifilide.

Circa alla sifilide, avendola riscontrata poche volte fra le notizie anamnestiche e non mai confermata da manifestazioni secondarie durante la vita, nè al tavolo anatomico, non crediamo di dovercene occupare più da vicino.

La causa traumatica nelle 1005 ammissioni di coloro che impazzirono per gli abusi suddescritti, figurò rappresentata da 11 casi; giammai però venne registrata fra le cause della frenosi paralitica negli individui qui accolti per questa forma di alienazione mentale. Ben diversamente, al contrario, risultò al dott. Vallon, il quale concluse il suo studio *Sulla paralisi generale e sul traumatismo nei loro reciproci rapporti* (Tesi di Parigi, 1882), ammettendo che negli individui predisposti alla paralisi generale, il trauma diventa una

causa determinante, precipitando il decorso della malattia già in evoluzione.

Più frequenti registrammo le cause morali (19 e 27[67 per cento): fra le quali prevalsero i patemi deprimenti sopravvenuti per imprese commerciali fallite, e per i conseguenti rovesci finanziarj; non meno funestamente agirono i contrasti cui incontrarono ad ogni piè sospinto coloro che, o per la debole fibra individuale o per la professione a cui si erano dedicati, erano già sfavorevolmente predisposti ad ammalare.

A questo riguardo noteremo che anche dalle presenti ricerche emerse chiaramente confermata la frequenza della frenosi paralitica in alcune professioni, oltre che, in tesi generale, nelle persone agiate: affetti dà questa malattia infatti furono qui ammessi 7 professionisti, fra i quali alcuni medici militari e civili, 4 sacerdoti, 2 possidenti ed 1 militare ufficiale.

È stato infine ammesso da qualche autore che, pure nelle classi povere non sia rara la frenosi paralitica: e forse ad avvalorare questa credenza avranno contribuito alcuni dei sintomi riferibili alle lesioni di moto che accompagnano le malattie mentali di certi pellagrosi e che sono comuni ai paralitici. Il seguente caso appunto ci fa propendere verso questa opinione:

P. G., *giornaltero*, d'anni 47, per nulla predisposto dal vizio ereditario e che non si diede mai ad alcun eccesso, ma cho solo ebbe a patire di insufficiente e malsana alimentazione, giacchè si cibava solamente di granoturco e di acqua e sofferse di qualche patema d'animo, manifestava un primo sintomo della malattia, che doveva trarlo al Manicomio, colla mutazione del contegno verso la famiglia facendosi irritabile oltre ogni dire; in pari tempo le forze fisiche deperirono rapidamente; l'incesso si fece piuttosto

vacillante, la *favella balbusiente*, le idee disordinate, incoerenti. Più tardi a questi segni si aggiunsero: incontinenza delle feci e dell' urina, denutrizione generale.

Quando il P. fu ammesso, 6 mesi circa dopo le prime manifestazioni morbose dalle quali fu colpita l' attenzione dei parenti e del medico, offriva quanto segue:

Molto alto e tarchiato della persona, aveva capo sproporzionatamente piccolo, era alquanto denudrito e di colore giallastro, ed aveva la pelle e la muscolatura assai floscia. Le pupille reagivano normalmente all' azione della luce, lo sguardo era senza espressione. La favella era in grado notevole inceppata per atassia linguale, affezione che pareva estesa anche ai muscoli delle estremità, giacchè il P. non era padrone di muovere le braccia come voleva e l'incesso era barcollante, e quasi saltellante era il movimento delle gambe quando il camminare era sollecito. La contrattilità elettro-muscolare era assai affievolita al pari della sensibilità tattile e dolorifica che debolmente reagivano agli stimoli coi quali venivano esperimentate. Aggiungasi che il P. soffriva di paralisi vescicale e rettale, per il che urinava e defecava senza avvertire nè l'uno nè l'altro di questi bisogni. Il contegno del P. era quello proprio di chi è in preda a profondo indedolimento mentale ed era specialmente caratterizzato dalla tendenza a rubare tutti quegli oggetti che gli capitavano sotto mano, non esclusi gli abiti dei compagni del dormitorio. Durante il giorno, se veniva lasciato libero, passeggiava senza posa; ma era d'uopo tenerlo continuamente sorvegliato, perchè si era mostrato bene spesso in preda a tendenze impulsive che lo rendevano assai pericoloso; a noi stessi accadde infatti di vederlo accendersi d' improviso d' ira furibonda e scagliare una grossa pietra contro un altro alienato che soliloquente gli era passato vicino.

Circa al sesso, è opinione generale che la frenosi

paralitica sia molto meno frequente nella donna; e di ciò è facile persuadersi riflettendo che essa per l' appunto si sottrae, con un tenore di vita assai riservato, a tutte le influenze morbigene di cui ci siamo fin qui occupati; che se qualche caso ci accadde di osservare, ci venne fornito dalla classe più abbietta della società: dalle prostitute, le quali sole si avvicinano al contegno seguito dagli uomini col darsi alla più sfrenata licenza.

In una paralitica infine, della quale più largamente ci occuperemo in seguito, la dismenorrea figurava tra la cause più impellenti, oltre all'ereditarietà, alla dissolutezza ed alla lue venerea.

Più frequente invece abbiamo notato nella donna la trasformazione o successione della pazzia acuta nella forma cronica della demenza paralitica.

G. L., d'anni 61, ostessa, derivata da parenti pazzi, fu sempre di carattere allegro e visse in buone condizioni sociali. Andata a marito ebbe numerosa prole (13 figli) che allevò prolungando soverchiamente l' allattamento. In seguito a ciò venne lentamente manifestando incoerenza negli atti e nelle idee, allucinazioni relative a soggetti religiosi ed insonnio. Dopo aver passato 10 mesi in questo stato, cominciò a mostrarsi proclive alla distruzione, e più tardi si faceva cleptomaniaca. Nel Manicomio, oltre a questi sintomi, si notò la prevalenza del delirio di grandezza improntato ad erotismo (erano proposte di matrimonio che le si facevano da principi) ed espresso col linguaggio caratteristicamente morboso.

F. B. C., d' anni 39, fu accolta per frenosi puerperale di cui ammalò dopo l' ultimo parto e che fu preceduta da estrema volubilità, durante l' ultima gravidanza essendo predisposta alla pazzia dal vizio ereditario. Il padre infatti

venne qualificato dal medico curante per uno *stravagantone*, la madre morì per suicidio trovandosi alienata di mente; una figlia ed un nipote dell'inferma furono pure pazzi: la prima moriva gettandosi da una rupe, il secondo soccombeva in questo Manicomio per ripetuti accessi convulsivi epilettici.

La F. passò ben presto alla forma della demenza paralitica: non parlava, nei continui sproloqui, altrimenti che di milioni, ecc., con tale convinzione e compiacenza da esserne sempre gioviale e felice. La qual cosa assai contrastava colle condizioni fisiche relative alle funzioni motorie ed alla nutrizione tanto misere, che, dopo non lungo tempo la F. ne moriva: le ossa craniche erano parzialmente atrofiche al sincipite per erosione della tavola interna sotto forma di tre depressioni di forma circolare assai profonde, alle quali corrispondevano tre ben distinti tumori costituiti dalla dilatazione anormale di altrettanti tronchi venosi. Le arterie comunicanti posteriori poi si staccavano direttamente dalle carotidi interne e ricevevano un esile tronco dal ramo basilare, fungente da comunicante posteriore in ambo i lati. Pia-madre inspessita, specialmente alla base, per neoformazione lussureggiante di tessuto connettivo; nelle anfrattuosità delle circonvoluzioni trovavasi raccolto alquanto siero purulento.

Sostanza cerebrale scarsa di sangue, ventricoli laterali riboccanti di siero limpido e molto dilatati.

L'esame microscopico della sostanza cerebrale rivelava degenerazione grassosa delle cellule gangliari.

Sintomi. — Due serie di sintomi ben distinti principalmente spiccano, talora fin dall'esordire della frenosi paralitica: quelli dati dalle lesioni di moto, e quelli forniti dalle lesioni dell'intelligenza; quali abbiano la precedenza, lungamente si discusse senza che un perfetto accordo siasi stabilito fra gli autori.

Ed il prof. Verga che più d'ogni altro illustrò in Italia il triste argomento, così si esprimeva nella sua monografia sulla paralisi generale progressiva, pubblicata in quest' *Archivio :*

« La paralisi generale suole essere per più o meno « tempo preceduta da fenomeni che indicano una ri« corrente congestione cerebrale o una subdola menin« gite o meningo-encefalite. »

Lo stesso prof. Verga poi non esitava di concedere l'ordinaria precedenza alle lesioni di moto.

Per conto nostro diremo che una sola volta, in cui ci fu dato di studiare la tremenda malattia fino dal suo iniziarsi, seguendone poscia le fasi successive, abbiamo fin da principio constatata l'esistenza delle lesioni di moto :

M. P., negoziante, in seguito a ripetuti fallimenti commerciali e trovandosi in preda ad esaurimento nervoso, cominciò ad accusare forte dolore al capo e ad un tratto divenne affetto da afasia e da atassia linguale; tutto ciò nello spazio di poche ore. A questi segni seguirono dapprima il delirio triste, poscia, per sopraggiunte disillusioni, peggioramento nelle condizioni motorie e in pari tempo delirio ambizioso.

Preme notare che in questo caso l'esaurimento nervoso, per confidenziali notizie avute dalla moglie, non era da attribuirsi al coito troppo spesso ripetuto, bensì alla grande copia di sperma che il P. ejaculava in ogni amplesso, veramente strabocchevole.

Negli altri casi osservati in questo Manicomio, come quelli che vennero dati da individui accolti a malattia già inoltrata, ai sintomi prodromici erano già subentrati quelli proprj del primo stadio, riferibili cioè alle lesioni di moto e dell'intelligenza contemporaneamente.

Notavasi anzitutto il delirio di grandezza reso caratteristico di questa forma di pazzia, dallo speciale tremolio delle labbra e dall' assurdità delle idee che il malato esprimeva in completo contrasto cogli atti. Udimmo, così a cagion d' esempio, dal paralitico Valeriano R., vantare il possesso di molti miliardi e di 40,000 cavalli arabi, di cui gliene erano stati donati 8 bastimenti, nel mentre che indossava parecchi panciotti trafugati ai compagni durante la notte.

Non meno grandiosamente assurde erano le idee di certo Giuseppe I., il quale, a lasciarlo fare, avrebbe voluto ricoprire di vetri il vasto giardino dello Stabilimento. I di lui parenti erano tanto ricchi che la pancia, voluminosissima, avevano piena di bei ducatoni. I letti dovevano esser tanto alti da doversi impiegare una lunga scala per montarvi sopra. « Mia moglie ha l' amicizia di Carlo Alberto, quindi io e mio figlio, diceva, siamo divenuti Imperatori Romani. »

Non raramente osservammo poi che il substrato del delirio ambizioso risiedeva nella professione stessa del paziente. Così il ricoverato Z., medico militare, voleva guarire tutte le malattie degli occhi senza l'intervento di operazioni chirurgiche, ecc.

N. D., già socio in una delle primarie Case bancarie, perdurò lungo tempo a credersi in via di progressivo arricchimento mercè l'accumularsi quotidiano de' suoi titoli di credito. Lo stesso N., per quella varietà di delirio che (nel secondo periodo) si avvera in questa malattia, sempre basandosi sulle incalcolabili sue dovizie, progettava la costruzione di un nuovo mezzo di trasporto aereo, fondato sull'azione dell' aria compressa che doveva mettere in moto un sistema di ali tanto potente da trasportare case, città, ecc.

Ideava inoltre, col fermo proposito di farla innal-

zare, una gigantesca statua di donna, la quale illuminasse il giardino coi proprj occhi resi luminosi da un potentissimo apparecchio elettrico, e in pari tempo lanciasse alle nubi uno sterminato getto d' acqua profumata.

E, come la maggior parte dei paralitici, *versato* in tutte le scienze ed in tutte le arti, concepiva l' arditissima idea (1) della estirpazione del polmone ammalato sostituendone altro sano, mediante uno sportello da aprirsi nel torace; divinava così, *con qualche modificazione*, i moderni tentativi fatti da T. Glück, da Mosler, da Marcus, e più tardi dal prof. Ziino fra di noi, sulla estirpazione del polmone.

All'atassia linguale, come al movimento vermicolare delle labbra, viene attribuito quel modo particolare di pronuncia, per il quale le parole si articolano così difettosamente da riuscire malamente intelligibili; questo fenomeno morboso ci richiama alla mente l'osservazione fatta sopra un paralitico, nel quale, allorchè parlava speditamente, le frasi non corrispondevano alla ideazione, mentre accadeva il contrario quando erano articolate in modo anormale; l'atassia e l'afasia, cioè, si manifestavano a preferenza quando il paziente imponeva uno sforzo alla mente per esprimere i proprj pensieri: ricordiamo infatti che, parlando per caso di un apparecchio elettrico, ci diceva con favella spedita: « *colla pila di Wimpfen si ottengono più calorie, che con altre macchine.* »

E nello stesso modo per cui il delirio ambizioso si manifesta coll' accennato inceppamento della pronuncia, si rileva pure dagli scritti, che nella follia para-

(1) Di che abbiamo fatto parola nel N. 1 dell'anno X del *Diario* di questo Manicomio.

litica assumono grande importanza come quelli che offrono prezioso elemento al criterio diagnostico.

Riprodurremo anzitutto una lettera del paralitico D....., il quale, da qualche tempo ammalato, rivelava già nella scrittura, oltre al predominio dell'*Io*, gli altri caratteri speciali forniti dagli errori grafici ed intellettuali:

Sig. Marchese L.... *Io* sono stato chiamato per far lezioni di oculistica, ho uno specifico che guarisce tutte le malattie degli occhi, senza operazioni, mi hanno promesso L. 3000 di ricompensa. Con questi compenso mi comprerò un redito in cartelle Francesi di L. 1800. *Io* a giorni *sarò farò* fatto Medico Maggiore Direttore dell'Ospitale Militare di P.... con 4000 di stipendio, *Io* ho comprato in carte estere 3000 di redito all'anno, con i miei renditi e risparmii che ho fatto nella carriera militare, e credo col mio specifico, mi guadagnerò esercitando la professione d'oculista di P..... con 3000. *Io* sono Conte per avere il sig. A.. P... mio Cugino *sopasato* la Contessa L.... Le *fomaglie* N.... P... di P... sono ora nobili, Conti. Mi hanno detto che la Sig. Marchesa.... sia vedova, *ho desidero* di prendere moglie, se fosse vero, pregherei la S. V. di farmi *sopasare* la Sua Signora Nipote. *Io* sono decorato della Croce di Savoja 250 all'anno, ho la medaglia d'oro dei Roma al valor militare L. 200 all'anno, medaglie commemorative con tre facette per 3 campagne e la medaglia d'argento per 3 campagne da Maggiore L. 20000 all'anno, sono anche di Roma, cittadino di Roma. Se la Marchesa accetta me la compagni qui in Pesaro San Benedetto, mi farò dare l'appartamento del Direttore per noi Mi farò carozza e due cavalli bianchi, palco al 16 del Rossini (1), *soio* del Gabinetto di lettura.

D. V... Conte di J...

(1) Notisi l'indifferenza colla quale parla del soggiorno nel Manicomio e notisi che il palco al quale accenna l'A.... della lettera, è adibito all'esclusivo uso dei ricoverati di questo Asilo.

E più tardi, poco tempo prima di soccombere:

Sig. Medico di Roma Prego, di Statelle, in A..., a Stattello, nel di Medico in A... Sig. D.r V... Medico di Medico in Medico.

In tutte le sue numerosissime lettere, poi, questo povero infelice, segnava un piccolo quadrato, al quale dava il valore del francobollo.

Carlo P., pure medico militare e che scrisse parecchi volumi nell' intento di *riformare la medicina*, così si esprimeva in una lettera scritta al « *Presidente del Consiglio Provinciale di questa Città* »:

Ho l' onore di venire con questa mia a presentare alla S. V. la dimanda di passare quale Direttore in questo sublime Manicomio, sapendo che D. L... è partito per Pavia sua Patria. *Io* da 2 mesi mi trovo in questo Manicomio non già ammalato; Arrivato *Io* all' età di 20 anni entrai subito nel triumvirato della Giovane Italia, ultima sua formazione, alla quale appartengo e godo una delle prime posizioni quale primo presidente di tutta la estesa società d' Europa. *Io* Giovane d' anni 30 entrai nella leva ebbi a riportare croci e medaglie, etc. etc.... »

L' autore di questo scritto era da pochissimo tempo ammalato e conservava la maggiore energia nelle funzioni della vita organica, contrariamente al paralitico P. D. molto inoltrato nella malattia, dagli scritti del quale risaltava sopratutto l' incoerenza ed il confuso succedersi delle idee le une alle altre, improntate a morbosa vacuità e che riproducevano esattamente il tenore monotono dei suoi quotidiani discorsi:

Il Sacerdote P. D. Ferdinando Anacleto
Figlio primogenito dei Genitori
Carlo Antonio Simone di Simone da P.
Comune proprio 5 miglia da P.; tre furono i
Nati da quel connubio di quelle alme simpatiche

Che si unirono nel sacro Toro e Casto Giusta il Rito
Cattolico, Canonico, Legale, nel Settembre 18....
Dimoranti nell' edificio del Cav.° L. L. Eredi Conte F....
Filomeno Conte D... Germano a Lui. Questi è in
Manicomio meco nell' Ospizio dicato a S. Benetto
Istituto a proprie spese dal Cav. D. Meli Prof. ove
Nel Coro e ai lati del Porta del Tempietto sonovi
Inerenti i due ritratti di que' illustri Collegati.

Sonetto

Dedicato alla Santità di Nostro Signore Pio Papa IX
Regnante felicemente l' Alma Roma Urbe Unica
Dei 7 colli Maggiore per dignità, pitture, Monu
Menti, Colossi ed ogni modello di *distino* disegno.
Il Sacerdote P. D. Ferdinando Anacleto che nato
Il 3 Luglio 18... di Venerdì alle ore 21 circa cioè
Quando Gesù Nazareno Cessò sua preziosa vita
Mortale passando e volando lo spirito di lui
Alla destra del suo eterno Jehova Olim Dio
Del 18.... si vestì da Chierico . . . .
. . . . .

Non sempre però nella frenosi paralitica si riscontra costante il delirio megalomaniaco, imperocchè ci accadde qualche volta di constatare che la malattia era stata preceduta da profonda depressione morale a forma di ipocondriasi ed anche di melancolia, che in altri casi vedemmo al contrario avvicendarsi alle idee di grandezza, con facile tendenza al pianto, con preoccupazione esagerata, ma fugace, per l'insorgenza di piccoli mali, e così via. E questa varietà di delirio segnalato anche dall' illustre Baillarger, ci offre nuova occasione di accennare a ciò che scrisse il chiarissimo prof. Verga; avendone trovato piena conferma nelle osservazioni fatte più specialmente sopra certo tale che cessando di esser in preda al delirio vanitoso ma pure perdurando, anzi aggravando nelle lesioni psichiche,

cadeva melancolico per il timore di non più guarire dei disturbi gastrici sopravvenutigli. Questo povero infelice, come appunto ammette il prof. Verga, durante un lucido intervallo, divenuto conscio delle peggiorate sue condizioni, si affannava ogni giorno a chiederci, con linguaggio sempre più incerto, nuovi farmaci e nuovi sussidj, quasi presago della catastrofe che ne minacciava l'esistenza. E, più tardi, allorchè il collasso era subentrato e la paralisi aveva invaso anche i muscoli faringei: quando l'affettività e la memoria si sarebbero credute completamente spente, il nominato paralitico riandava il passato, deplorando amaramente l'immatura sua fine.

Solo eccezionalmente però si riaccese l'affettività nei paralitici che abbiamo studiato, giacchè per la maggior parte di essi era più o meno diminuita e molte volte del tutto abolita; ci parve anzi caratteristico, in ordine a questo sintomo, la facilità colla quale si rassegnavano a ritornare nell'Asilo dopo esserne usciti temporaneamente a diporto coi parenti; coi quali passavano dall'eccessiva espansione alla più marcata indifferenza. Coi compagni di clausura poi niuno vedemmo più socievole e, diremmo, più democratico di questi Cresi e di questi potentati del Manicomio.

Essi, come è dimostrato da questi fatti, sono per lo più del tutto inconsapevoli delle gravi condizioni nelle quali sono caduti, e per loro somma ventura, non sanno menomamente apprezzare la grave trasformazione subìta dal loro povero organismo.

Compresi del senso di perfetto benessere, questi infelici, dichiarano piacevolissimo il soggiorno del Manicomio, squisitissimi i cibi che vi si apprestano a soddisfacimento della inarrivabile potenza digestiva del loro stomaco. E se ad una preoccupazione li trovammo in qualche caso intenti, fu quella della esage-

rata nettezza corporale cui dedicavano ripetuti e profumati lavacri, anche durante la stagione invernale più rigida, dando così novella prova di scemata insensibilità periferica.

Altro sintomo inerente alla vita di relazione, riscontrammo nelle illusioni sensorie, di cui ci offerse un bell' esempio il R., già menzionato. Egli, dimenticata ogni grandiosa aspirazione a malattia più inoltrata, sfuggiva il comune contatto, esprimendo il profondo disgusto che in lui provocava l'odore cadaverico emanante dagli altri alienati. Il che ci piacque segnalare per l' importanza che dalle moderne vedute fisiologiche si dà alla circonvoluzione del piede d' Ippocampo in armonia colla funzione olfattiva.

Un secondo esempio ci fu dato dal paralitico P., che, a volta a volta, durante lo stato di eccitamento, soffiava come un mantice ed agitava le mani dinanzi a sè, facendo l'atto di scacciare qualche cosa di fastidioso.

Solo raramente ci accadde di notare fenomeni allucinatorj, che si manifestarono a preferenza durante la notte, in coincidenza con prevalente congestione cefalica ed in modo assai fugace. R., trovandosi sotto l' impero di allucinazioni auditive, saltava dal letto, invocando ajuto contro i nemici entrati nella sua camera. D., negli ultimi giorni di vita chiamava incessantemente la moglie ed i figli, di cui udiva i gemiti nel vicino armadio.

M., nei primordj della malattia svegliavasi di soprassalto, pregando la moglie di allontanare il Pretore ed i carabinieri che confabulavano nella camera attigua.

L' insonnio che parve frequente nello stato d' agitazione, accennò a scemare ed a scomparire invece allorchè subentrava lo stadio *florido* della malattia;

concorrendo anzi i placidi sonni a completare il benessere di cui si vantano questi beati ospiti del Manicomio.

Sintomo più costante si ebbe nelle anomalie della memoria, la quale, dall'oblio di alcune parole, raggiunse persino quello degli atti compiuti da più o meno tempo; così, per esempio, dal ricoverato R. T., derivato da parenti pazzi, qui degente da molti anni, e che si avvia all'imbecillismo paralitico, udimmo più volte al giorno chiedere insistentemente da mangiare ed anche subito dopo il pranzo domandare se ne fosse molto lontana l'ora.

L., benchè evacuasse l'alvo regolarmente, pure non ricordandosene, domandava ad ogni momento la somministrazione di purganti onde debellare la pretesa stitichezza.

Ma alle lesioni di moto spetta il primo posto nella falange dei sintomi inerenti alle lesioni dei sistemi della vita di relazione: tremolìo vermicolare delle labbra, atassia linguale, blefaroptosi, flaccidezza e movimenti sussultorj, non che atassia nei muscoli degli arti superiori ed inferiori, estesa qualche volta perfino ai muscoli motori dei bulbi oculari, che in un caso da noi più particolarmente studiato, sotto l'applicazione della mano ad occhio chiuso, roteavano nell'orbita come mossi da una corrente elettrica.

Dai nostri paralitici però, come opinano gli autori più stimati, il prof. Verga compreso, e come abbiamo già affermato nel 1872 (1), piuttosto che diminuzione di forza avemmo mancanza di coordinazione motoria; ci risultò anzi che la cifra da essi data al dinamometro superava quella di tutti gli altri; uno poi, gio-

(1) *Dinamometria degli alienati. Riv. clinica di Bologna.*

vane e robusto e da poco tempo alienato mosse l'indice fino a 180 col pugno e fino a 65 colla trazione.

Trovammo debolissima la contrattilità elettro-muscolare; e in un caso di fresca data, ma molto grave, la corrente più intensa (appar. magneto-elettr.) era tollerata senza pena allorchè chiudevasi il circuito colle mani del paziente; resa leggerissima invece, non era menomamente sopportata se applicavasi al viso od alla nuca, ma sopratutto alla fronte ed alle tempia, ove apparivano larghe chiazze eritematose persistenti anche dopo qualche tempo, nel mentre che provocava profusi sudori e non eccitava movimenti visibili nei muscoli elettrizzati. Questo malato offriva: varicosità dei capillari dell'albuginea oculare, midriasi alternante a destra, miosi a sinistra con intercorrente sensazione di miopia. Papilla del fondo oculare assai congesta, vasellini retinici turgidi in grado notevole.

La sensibilità generale risultò bene spesso alterata; così è che osservammo la più completa analgesia nel corso di operazioni chirurgiche al punto che un paralitico rideva stupidamente durante l'amputazione di un dito caduto in gangrena.

L'istinto venereo, nella maggior parte dei casi apparve alquanto esaltato; qualche volta però ai discorsi laidi, preferiti dal paziente, non corrispondeva altrettanta attività genitale, cosicchè nè si notava frequente l'erezione della verga e neppure tendenza all'onanismo. Le indagini estesiometriche, come facilmente si comprende, non condussero mai a risultati attendibili in causa delle deteriorate condizioni della mente. L'ineguaglianza delle pupille non fu mai costante: bensì le medesime ridivenivano contrattili e sensibili alla luce anche indipendentemente da qualsiasi trattamento curativo. Nei pochi casi poi nei quali fu possibile accudire agevolmente all'esame accurato del

fondo oculare, constatammo con qualche frequenza e sopratutto nei casi di data meno remota, congestione papillare e turgore intenso delle vene e delle arterie retiniche.

A malattia più avanzata la pupilla appariva atrofizzata e suffusa di siero.

Con singolare costanza, e bene spesso sull' esordire della grave malattia in discorso, si notò la ptosi delle palpebre superiori; sulle quali stimiamo utile fissare l' attenzione perchè da questo sintomo crediamo derivi al malato quell' aspetto speciale e la caratteristica maniera di guardare che una volta riscontrata ben difficilmente si dimentica.

Più volte, nel corso di queste osservazioni, abbiamo accennato al tremolio vermicolare delle labbra; è questo infatti un segno a cui è giuocoforza attaccare una primaria importanza, perchè, sia egli concomitante, sia egli precursore, non manca mai di illuminare la triste scena colla sconfortante sua presenza. Osservammo però che bene spesso, al pari dell' amnesia e dell'atassia linguale, è egli subordinato a determinate condizioni: quando cioè il malato è dominato da emozioni morali piacevoli o dolorose, l' imbarazzo della parola e la smemorataggine si fanno sempre più accentuati; il che avviene altresì dopo l' ingestione di vino o di altre bevande eccitanti e successivamente al pasto.

E ciò che ci parve non privo d' interesse fu che le parole pronunciate male, erano anche scritte male; notavasi quindi in esse, oltre alla tortuosità delle linee, l' assenza o la trasposizione di una lettera o di una sillaba nel mezzo di una parola pronunciandosi e scrivendosi, ad esempio, *siruzza* per sicurezza, *siaffi* per schiaffi, *imbianti* per imbiancati, *falemagni* per

falegnami, *S. Benetto* per S. Benedetto, *Soio* per Socio, ecc.

I sintomi relativi alla vita organica si possono riassumere in quelli dati dalle lesioni inerenti al sistema circolatorio ed al sistema digerente: debolissima in molti casi, la diastole cardiaca e notevole proclività agli squilibrj irrigatorj periferici, appalesantisi con improvisa e fugace accensione del viso, talora uniforme e talfiata in forma di chiazze irregolari più o meno estese.

Le funzioni dello stomaco e dell' intestino poi, che da principio erano attivissime, subivano nelle ultime fasi rimarchevoli mutazioni, per le quali la digestione si compiva laboriosamente e l' intestino, partecipando della generale paresi, malamente si prestava all'espulsione delle feci.

Decorso. — Dei 67 individui accolti per frenosi paralitica in 14 anni, 38 (27 uomini e 11 donne) soccombettero dopo varcato il primo stadio della malattia e per il sopraggiungere di accessi epilettici-apoplettiformi, preceduti qualche volta da rapido decadimento intellettuale e fisico caratterizzato dai seguenti segni: tendenza a raccogliere ovunque le più immonde cose, impulso ad involare magari in pieno meriggio e pubblicamente anche oggetti preziosi, ed in altri casi tendenza ad immagazzinare pietruzze lucenti, brandelli di carta, ecc., alle quali futili cose si attribuiva valore inestimabile; più di rado abbiamo veduto lentamente incamminarsi verso il suo fine l'affezione in discorso, passando per lo stadio cronico col successivo manifestarsi dei gravi sintomi forieri della più o meno lontana catastrofe; osservammo così lo spegnersi graduale di ogni attività mentale e ad un tempo l' aggravarsi delle condizioni inerenti alla vita vegetativa,

finchè il povero paziente, completamente inebetito, vedemmo condannato all' immobilità arrotando i denti (fenomeno proprio anche di altre forme croniche non complicate da paralisi) e perdendo copiosa saliva dalle cadenti labbra; complicandosi infine l'insorgenza di vaste piaghe da decubito alle regioni sacrali e trocanteriche, ribelli ad ogni cura. Cinque maschi ed una femmina appunto seguirono questa sorte, mentre furono dimessi 19 uomini e 4 donne (in 14 anni), dietro richiesta delle famiglie oppure durante la fase di remissione del grave morbo; notavasi in questi casi la diminuzione dell' espansività e del fervore mentale fino alla scomparsa del delirio fastoso, colla eventuale persistenza delle lesioni di moto. La media dei dimessi fu del 14 1[4 % pei conjugati, del 13 % per i celibi, del 5 3[4 % pei vedovi. Diremo infine, per ciò che si riferisce al decorso che, l'imponenza dei sintomi è stata sempre più grave quanto più la fibra del paziente era robusta e florido lo stato generale: mentre che si videro avviarsi lentamente al loro fine, passando per le fasi della cronicità in un tempo relativamente lungo, gli individui deboli e che offrivano lieve reazione al processo irritativo del sistema cerebro-spinale.

Prognosi. — Il pronostico, dal fin qui detto, di leggieri si comprende essere ognora infausto; giacchè solo di rado possono per qualche tempo sostare i gravi fenomeni che caratterizzano il primo periodo (congestivo) della frenosi paralitica, che è più suscettibile di un trattamento curativo vantaggioso. Casi di guarigione sono pure citati, fra gli altri dall' egregio dott. Grilli, il quale ne avrebbe osservati tre a Firenze avvenuti con accompagnamento di fenomeni critici. Anche da questo Manicomio, or non è molto, è stato dimesso assai migliorato un vecchio medico, di tempra

robustissima (di cui una sorella, per strano capriccio del vizio ereditario, è qui tuttora ricoverata per monomania intellettuale qualificata da delirio di grandezza) che aveva offerti tutti i sintomi della frenosi paralitica, e nel quale si videro attutirsi ad un tempo le lesioni di moto e quelle della mente. Devonsi però ritenere per molto rare le guarigioni complete e durature di sì fatale malattia, come per unanime parere si opina dagli alienisti, poichè quasi sempre devesi attendere il riapparire più o meno ritardato degli imponenti fenomeni forieri di luttuosa fine ed inerenti al secondo periodo (di disorganizzazione) della gravissima malattia. Che se in qualche caso si è notato un miglioramento, più fittizio che reale, era il medesimo da attribuirsi piuttosto alla diminuita intensità dell'esaltamento mentale, prodotta dalla più profonda prostrazione delle forze, giacchè al ripristinarsi di esse anche il delirio riassumeva la primitiva violenza.

Cura. — Confessiamo che assai scarsi furono i risultati favorevoli: ciò forse essendo causato in parte dai progressi che la frenosi paralitica, la quale per sua natura è molte volte fin da principio il prodotto di materiali lesioni, aveva fatto prima che il paziente fosse affidato alle cure del Manicomio. Ci siamo però grandemente compiaciuti di avere ricorso alle sottrazioni sanguigne fatte alle regioni temporali, nell' intento di combattere lo stato congestivo cerebrale (primo periodo); come pure trovammo utile sottoporre i nostri paralitici all' uso di quei farmaci che agevolando la evacuazione quotidiana dell' alvo, impedivano la stasi venosa cerebrale, bene spesso causata o per lo meno mantenuta dal ristagno delle masse fecali per difettosa energia intestinale.

Anche i bagni generali caldi piuttosto prolungati ed i clisteri di cloralio idrato, giovarono assai a calmare quei malati paralitici che ne mostrarono l'indicazione; non altrettanto possiamo dire delle doccie, in seguito alle quali aumentavano d'intensità i fenomeni relativi alle lesioni del moto.

Sopratutto, e specialmente nei casi cronici, parve indispensabile attenersi alla più scrupolosa applicazione di un beninteso regime igienico, sia per l'alimentazione che per la nettezza corporale, per il moto, ecc.

Decessi e reperti anatomici. — La media della mortalità fu del 56 % e data in ordine allo stato civile nelle seguenti proporzioni: 35 3[4 % dai conjugati, 11 3[4 % dai vedovi, 8 3[4 % dai celibi; l'età prevalente fu quella compresa fra i 30 ed i 50 anni.

La maggior parte soccombettero nel periodo di uno a due anni, molti in un tempo assai più breve. È ovvio notare, in quanto ai reperti anatomici, che se per i decessi in istato di frenosi alcoolica, il numero delle autopsie è stato poco rilevante, lo fu tanto meno nella frenosi paralitica, perchè trattavasi per lo più di persone agiate, i parenti delle quali usufruivano del diritto accordato dalla consuetudine di imporre il loro veto.

1. Domenico M., d'anni 59, giardiniere, veniva ammesso nel 1872; basso di statura, le braccia aveva sproporzionatamente lunghe; incerto l'incesso, inceppata la favella; il delirio si aggirava intorno ai tesori che aveva nascosti nell'orto, ecc. Dopo circa otto mesi si sostituì improvisamente alla suaccennata forma il delirio di bestemmia che per il M. era un bisogno irresistibile e per il quale, ci diceva, se altri nomi più augusti vi fossero stati di quello di Dio non

li avrebbe risparmiati. Frattanto la paralisi progrediva fatalmente estendendosi ancne ai muscoli faringei e con rapidissimo decorso traeva a morte il M. dopo un anno di soggiorno. Questi aveva l'occipite assai depresso e la fronte sfuggente all'indietro. La pia-madre aderiva alle circonvoluzioni frontali; la corteccia era atrofica, scolorata; iperplastico il connettivo, grassosamente degenerate le cellule gangliari. Ventricoli cerebrali dilatati. Vasi meningei cerebro-spinali turgidi in alto grado. Cordoni spinali posteriori di colore giallognolo ed assai rammolliti; ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro del cuore, ateromatoso l' arco dell' aorta.

2. « Cesare P., d' anni 37, meccanico, scriveva il medico « curante, ha sempre fruito di buona salute, se ne togli le « malattie veneree a cui andò soggetto, cioè tre o quat- « tro blennorragie, ulceri, ecc. Di carattere melanconico, « iroso; dedito al vino, col quale però rade volte si è ub- « briacato; prediligeva il giuoco del lotto, nel quale sper- « perava ogni suo avere. Non aveva mai accennato ad « alienazione mentale fino a circa tre mesi sono, e in que- « sto tempo appunto cominciò a predominarlo l' idea di « grandi vincite e di grandi ricchezze ond' egli tra poco « sarebbe stato possessore. Fu disgrazia per lui il vincere « infatti poche lire; il delirio di grandezza rincalzò viep- « più; discorre di migliaja di lire di cui crede essere pos- « sessore, compra o pretende di avere tutto ciò che gli si « para dinanzi abbandonandosi alla vita più disordinata. »

Quando fu accolto perdurava nel delirio fastoso ed insieme offriva profonde lesioni motorie che lentamente aggravando le di lui condizioni lo facevano soccombere dopo avere subíto tutte le fasi della forma cronica. Presentò all' autopsia atrofia e rammollimento diffuso della sostanza corticale, infiltrazione adiposa delle cellule nervose, inspessimento ed opacamento notevole degli involucri spinali, e

nella sostanza midollare delle colonne posteriori si trovavano abbondanti le granulazioni caratteristiche della mielite (cellule granulari). Le intestina erano ripiene di masse fecali dure e nella vescica gran copia di urina.

3. D. N., medico-chirurgo, d' anni 38, fu qui condotto perchè ammalato di frenosi paralitica che si sviluppò in seguito ad eccessi venerei e che esordì con sintomi di depressione morale; dubitando gli si contrastasse da certo tale l' amore della propria servente, esplodevagli contro due colpi di pistola, scaricandone poi due altri sulla propria cavalcatura.

Il D. N., era quasi interamente calvo, e la di lui muscolatura era alquanto floscia. Mancava dell' occhio destro; l' iride sinistra era di colore castagno-chiaro, la pupilla dilatata ed inerte alla luce, cornea affetta da ipopion.

L' esame dei visceri del petto non offerse nulla di rimarchevole all'infuori dell'esagerato impulso cardiaco. Il polso dava 96 battute, il calore ascellare 38°, la respirazione 12. Era il N. iperestesico, tanto che appena toccato si scuoteva di soprassalto.

Appetito scarso, parola incerta, idee confuse, deliranti; memoria difettosa.

Il delirio di grandezza che aveva manifestato precedentemente ne' suoi scritti, fece di nuovo capolino anche nei discorsi. Le allucinazioni auditive lo turbavano quasi ogni notte, in forza di esse poco dormiva o dormiva sonni agitatissimi. In seguito, alternandosi il delirio di persecuzione col delirio vanitoso, avvicendandosi l'agitazione alla calma, decadeva in pari tempo il N. nello stato fisico talmente, che dopo circa sei mesi cessava di vivere.

Il cadavere era assai emaciato, le ossa craniche sottili in corrispondenza del solco destro ricettante l'arteria meningea media; numerose e profonde escavazioni, alle quali corrispondevano altrettanti corpuscoli del Pacchioni, nota-

vansi lungo la sutura sagittale. Dura-madre molto inspessita, pia-madre aderente alle circonvoluzioni e abbondantemente irrigata; molto siero si trovò negli spazj subaracnoidei. Sostanza corticale assai pigmentata ed all'esame microscopico ricchissima di mielina; nella ghiandola pineale si riscontrò una cisti sierosa. Nervo ottico destro assottigliato, trasparente, di aspetto gelatinoso. Chiasma dei nervi ottici rammollito; eminenze quadrigemelle anteriori vuote, cistiformi: il liquido contenutovi risultava infiltrato da gocciole adipose. Cuore piccolo, contratto; pieno di coaguli fibrinosi il ventricolo sinistro. Assai iperemica la pia-madre spinale alla regione lombare; nella sostanza midollare dei cordoni laterali posteriori, si videro numerosissime cellule granulari.

4. Cecilia S., prostituta, fu ammessa per frenosi paralitica in età di 43 anni. Una di lei zia morì pazza; essa fu sempre scarsamente ed irregolarmente mestruata, e fino da giovinetta si mostrò assai proclive al coito. Fra le malattie pregresse si notò che fu affetta da eczema sifilitico al cuojo capelluto.

Sopracolta da apoplessia e miglioratane alquanto, ma perdurando nel delirio ambizioso, peggiorava di nuovo, e dopo un anno di degenza cessava di vivere: dura-madre notevolmente opacata e di colore giallognolo laddove ricopriva le circonvoluzioni orbitali, per suffusione di siero torbido, purulento. Le suddette circonvoluzioni erano rammollite, ed all' esame microscopico offrivano proliferazione del connettivo ed atrofia della corteccia nella quale si scorgevano granulazioni amiloidee e gocciole adipose. Rammollimento delle colonne posteriori e apoplessia dei capillari alla regione lombare. Le pareti vasali non offrivano in questo come negli altri casi alcuna lesione.

5. L. D., d'Al., medico militare, scevro da labe gentilizia,

di carattere irascibile, tenne eempre un tenore di vita assai sregolato. Fra le malattie pregresse si annoverò l'infezione sifilitica.

Datosi sfrenatamente all'abuso di venere ammalò di frenosi paralitica, per la quale appunto fu qui ricoverato nel settembre 18... Al suo giungere offriva il seguente stato desunto succintamente dalle notizie cliniche che di volta in volta abbiamo registrate; di fisico robusto, claudicante leggermente per accorciamento della gamba destra, avvenuto in seguito a callo deforme per frattura comminutiva della tibia. Notavasi inoltre spasmo delle palpebre e intercorrente midriasi pupillare. Memoria labile, favella frequentemente inceppata.

Marso. Il delirio di grandezza dominò finora le sue idee. Scrive lettere al Re, ai Ministri, ecc. (di cui abbiamo dato due esemplari più sopra).

Aprile. Assai irascibile, specialmente se viene contrariato nei suoi desiderj, parla in modo incomprensibile. Desiderando uno zigaro, dice: « dammi un ca....o. » Il capo infermiere (dalla bianca barba) lo chiama col nome di S. Antonio. Colla parola *mangiare* si esprime per dire giuocare e vincere. Come si scorge da alcune di queste frasi, le idee espresse erano legate per il debole nesso di qualche lontana rassomiglianza agli oggetti ed alle persone che egli nominava.

Maggio, 3. Colpito jeri a sera da apoplessia venne trovato in preda a convulsioni epilettiformi. Ha perduto interamente la conoscenza.

6 *detto.* Si manifestano erosioni al decubito del sacro.

7 *detto.* Si sono rinnovati gli accessi convulsivi epilettici-apoplettiformi. Nei giorni successivi il peggioramento progredì finchè trascorso breve tempo il D. ne moriva.

All' autopsia si notò quanto segue: ossa craniche assai còmpatte, di durezza vitrea. di spessore irregolare, molto

ricche di sangue. L' emisfero destro al lobo occipitale sopra la circonvoluzione angolare offriva un abbondante stravaso sotto-aracnoideo: la sostanza grigia della circonvoluzione angolare era assai rammollita ed al microscopio risultava la presenza di elementi in via di decomposizione: mielina, adipe e detriti informi. Talamo ottico destro doppio del sinistro. Midollo spinale coperto di sangue raggrumato, involucri fortemente injettati. Cordoni posteriori rammolliti.

Considerazioni. — Dai descritti reperti anatomici risulta evidente, anzitutto, l' assenza delle lesioni che dalla teoria localizzatrice si vorrebbero legate alla funzione del linguaggio, la quale appunto in ognuno dei casi di frenosi paralitica qui accolti si trovò profondamente alterata.

Senza ritornare però sulla nota questione delle localizzazioni, perchè anche da quanto è stato ultimamente confermato dal dott. Arturo Marcacci (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, nn. 4, 5, 6, 7 aprile e giugno 1882), e dal Brown-Sequard (*L'Encèphale*, n. 3, Parigi 1882). siamo ben lungi dal vederla risoluta in modo inappellabile, abbiamo creduto più opportuno limitarci ad esporre i fatti fin qui raccolti.

Che se prendiamo in esame i risultati delle esperienze dallo stesso Marcacci instituite, siamo tratti a credere che « il meccanismo dei movimenti ottenuti « dall' eccitazione elettrica del cervello, non è come « il volontario, complesso, ma semplice e può es- « sere paragonato per molti caratteri ai movimenti « riflessi della midolla, la quale ha in sè tutto ciò che « è necessario a renderci ragione del fenomeno e che « deve ritenersi come una semplice accidentalità fisica « se eccitato dà luogo a dei movimenti. »

E il Brown-Sequard opina:

« 1.° Doversi considerare come privo di ogni valore una delle basi principali, sulle quali è fondata « la dottrina dei centri psico-motori e la teoria generalmente ammessa riguardo alle relazioni che intercedono fra l'una parte del cervello e la parte « opposta del corpo per i movimenti volontarj e per « le convulsioni unilaterali.

« 2.° Essere necessario ammettere che la zona eccito-motrice della superficie cerebrale, come tutte le « parti eccitabili del cervello, sono capaci di muovere « gli arti dalla parte corrispondente, come quelli della « parte opposta, e che quelle possono produrre gli « effetti stessi dopo la sezione trasversale d'una metà « laterale del ponte del Varolio, del bulbo, del midollo « cervicale, oppure dopo due sezioni, l'una della metà « destra, l'altra della metà sinistra della base del « cervello, sotto la condizione che passi un certo intervallo di tempo fra queste due sezioni. »

Le altre lesioni riscontrate si riferivano ai pregressi sconcerti di circolazione e specialmente alla diuturna irrigazione degli involucri cerebro-spinali che si trovarono in via di ipernutrizione provocata dal processo irritativo proprio della meningo-encefalite. Si rinvennero infatti inspessite le membrane involgenti l'encefalo, in modo anormale irrigate ed aderenti alla rammollita sostanza cerebrale.

Una seconda serie di lesioni, riferibili al substrato anatomico della frenosi paralitica, oggigiorno conosciuto sotto la denominazione di *periencefalite diffusa* e che stà in rapporto colle ultime sue manifestazioni cliniche, abbiamo riconosciuto nel versamento sieroso sotto-aracnoideale, nell'iperplasia del connettivo interstiziale, nonchè nella infiltrazione adiposa delle

cellule gangliari e finalmente nelle lesioni più o meno gravi del midollo spinale.

Diremo infine, che fra le secondarie risultanze anatomo-patologiche inerenti allo stato paralitico generale, annoverammo più volte la presenza nell' intestino di numerose scibale, dure, per antica data, comprovanti la stasi fecale cui vanno soggetti i paralitici nelle ultime fasi della malattia.

Emerge dal fin qui detto, che molteplici caratteri individuali ci autorizzano ad ammettere una ben marcata differenza fra la frenosi alcoolica e la frenosi paralitica. Tali caratteri sono desumibili:

Dalle cause; mentre infatti la frenosi alcoolica è sempre prodotta dall' abuso del vino e degli spiriti, a produrre la frenosi paralitica concorrono potentemente l' abuso della vita fisica, intellettuale e morale.

Dai sintomi; primo fra essi, nella frenosi paralitica e caratteristico della medesima, l'espansività gaja manifestata col delirio di grandezza nei discorsi e nei numerosi scritti, concomitanti l' agrafia, l' atassia linguale ed il tremolìo delle labbra; quando, per converso, nella frenosi alcoolica trovammo quasi costante il delirio di persecuzione e le tendenze impulsive; imperocchè se accadde di osservare in qualche raro caso di frenosi alcoolica il delirio ambizioso, questi era scompagnato da lesioni motorie, non solo, ma non aveva i caratteri della monotonia e della tenacità, che nel delirio della frenosi paralitica sono ordinariamente osservabili.

Nella quale poi il delirio a forma depressiva, non perdurò mai costante, alternandosi invece col delirio fastoso ed era per lo più scompagnato da tendenze impulsive.

Le pupille, che nella frenosi alcoolica permanevano ineguali, nei paralitici subivano l' alternativa della

miosi e della midriasi. I disordini di moto, che nella frenosi paralitica si manifestavano dapprima nella lingua, negli arti superiori e progressivamente s'estendevano agli arti inferiori, avevano carattere ascendente nella frenosi alcoolica, nella quale anzi limitavansi bene spesso agli arti medesimi.

Altri sintomi differenziali riscontrammo nei disturbi gastrici proprj degli alcoolizzati, che assai di rado e sempre negli ultimi stadj vedemmo invece complicare la sintomatologia dei paralitici, notandosi in questi, che l'apparato gastro-intestinale funzionava da principio mirabilmente.

Un criterio differenziale di grande importanza ci venne dato dal pronostico, che favorevole nella maggioranza dei casi di frenosi alcoolica, fu quasi sempre infausto nella frenosi paralitica; nella prima, infatti, tolta la causa svaniva ogni sintomo morboso, che nella seconda, pur segnando colla temporanea sospensione una fase di remissione, ricompariva più o meno tardi concorrendo all'inevitabile catastrofe.

Anche sotto il rispetto anatomo-patologico, le due malattie di cui ci siamo finora occupati offrono non poche caratteristiche degne di essere segnalate per la più completa spiegazione dell'argomento; e pur tenendo calcolo di alcune lesioni costituenti una certa rassomiglianza fra le due malattie in discorso, quali sono i disturbi d'indole circolatoria, che sotto forma di accessi convulsivi in entrambe si verificarono; non devesi tuttavia dimenticare, che nella frenosi alcoolica può concorrere l'intossicazione del sangue allo sviluppo degli accessi convulsivi medesimi.

Trovammo infatti nelle due malattie i segni dati dalla sovrabbondante irrigazione sanguigna degli involucri cerebrali ed i successivi inspessimenti dei medesimi per l'iperplasia epiteliale, di cui è causa la

diuturna iperemia. Ben più numerose però furono le lesioni singolarmente riscontrate, e sulle quali ci preme fermare l'attenzione, perchè unitamente ai sintomi, costituiscono un criterio differenziale molto rilevante.

Tali sono, per la frenosi alcoolica, per non dire di altri più secondarj, le anomalie di nutrizione delle ossa craniche, l'ateromasia delle arterie, l'infiltrazione adiposa del fegato, del cuore, dei reni ecc., e a cui crediamo si possa attribuire l'obesità caratteristica dei bevoni, nelle prime fasi della malattia e gli sconcerti di nutrizione delle cellule epatiche pei quali lentamente si ordisce la più grave lesione anatomo-patologica della frenosi alcoolica: la cirrosi epatica.

Nella frenosi paralitica, oltrechè essersi notata raramente l'ateromasia, trovammo l'assenza della cirrosi epatica; frequentissimi invece l'atrofia della corteccia cerebrale e lo sviluppo iperplastico delle cellule connettive, nonchè la degenerazione adiposa e colloidea delle cellule gangliari, dovute alla metamorfosi regressiva, che pure riconosce la propria causa nell'alterazione del processo di nutrizione.

Fra i prodotti di secondaria degenerazione proprj della frenosi paralitica, annoverammo infine la frequente lesione del midollo spinale, caratterizzata dalla presenza delle cellule granulari nella sostanza bianca delle colonne laterali posteriori e dalle quali si ritiene costituito il substrato anatomo-patologico della mielite dei paralitici.

Conclusioni. — Dal paralello instituito fra le due malattie, che solitamente riconoscono la loro origine principale nell'intemperanza, risultano pertanto i seguenti corollarj:

1.° Doversi ammettere che la frenosi paralitica e

la frenosi alcoolica costituiscono due entità morbose ben distinte.

2.° Che gli eccessi bacchici, ai quali si abbandonano alcuni paralitici, sobrj in passato, rivestono piuttosto il tipo della dipsomania.

3.° Che pure ammettendo un certo grado di rassomiglianza fra le suddette affezioni, non è sufficientemente fondata la creazione di una nuova forma morbosa intermedia: la *pseudo-paralisi generale alcoolica;* la quale inoltre non presenta alcun vantaggio dal lato clinico seppure non contribuisce ad accrescere confusione nella classificazione delle malattie mentali.

Il ferro rovente nella cura degli spasmi — *pel dott.* LUIGI M. PETRONE.

La cura delle affezioni spasmodiche è uno dei cómpiti più spinosi e più ingrati dell'arte medica. Queste malattie mettono non di rado a ben dura prova la pazienza degli infermi e quella del medico. Spesso ben pochi frutti offre la cura razionale di queste affezioni; nè ciò deve fare meraviglia, ove si rifletta che noi siamo completamente all'oscuro intorno ai processi intimi, che presiedono allo svolgimento delle malattie spasmodiche. Il più delle volte il medico si trova di fronte a casi, in cui non è possibile fare altro che una cura empirica, la quale bene spesso rimane anch'essa inefficace. Taluni compensi già sperimentati e vantati, falliscono talora completamente ed invece giovano qualche volta dei rimedj, che si prescrivono unicamente per fare qualche cosa per il malato e senza speranza di ottenerne un vantaggio reale.

In questi ultimi tempi io mi sono nella mia pratica

trovato di fronte a casi, nei quali un piano di cura il più razionale l'ho visto fallire. Per quanto mi sia sforzato di soddisfare, sotto ogni punto di vista, alle *indicazioni causali*, altrettanto non l'ho potuto il più delle volte raggiungere. Una cura tutta speciale ho messo in opera per *modificare lo stato di predisposizione generale*, di *convulsibilità*, in quelli che ne presentavano le traccie; gran parte della mia attività l'ho consacrata al *regime dietetico*, al *metodo di vita*, qualunque sia stata la forma di spasmo colla quale ho avuto a fare: *un energico trattamento curativo diretto* (in uno alla cura causale e al regime dietetico e di vita) istituito energicamente e per tempo, mi hanno dato i più crudeli disinganni. Io ho invano cimentato molte volte tutta quella farragine immensa di rimedj e di compensi ritenuti siccome atti a debellare le affezioni spasmodiche e intorno all'applicazione della maggior parte dei quali oggi non possediamo che oscure ed indeterminate indicazioni. L'*elettricità*, la quale tiene un posto eminente fra quei compensi, la cui utilità è meno contrastabile nelle affezioni convulsive, non è riuscita il più spesso affatto efficace. I gruppi dei *narcotici* e degli *anestetici*, degli *alteranti* e dei *nervini*, non mi hanno servito per nulla. I tanto decantati *bagni* e le *ginnastiche mediche*, non hanno fatto altro che aumentare il mio scetticismo terapeutico.

In questo ambiente sconfortante in cui io ho vissuto per qualche tempo ho inteso tutta la potenza della insufficiente nozione scientifica, che oggi regna nel campo dei processi convulsivi. Ho sentito il bisogno di meditare sulla oscura natura dei morbi spastici, affine di aprirmi la via per uscire dal labirinto di siffatte affezioni: questa meditazione mi ha incoraggiato ed infervorato a metter mano ad un terreno nuovo ma fertile del campo terapeutico. Io sono ricorso ai rivul-

sivi potenti; e coll'austerità e col coraggio di un chirurgo provetto ho messo in uso il ferro incandescente in casi di spasmi ribelli ad ogni trattamento terapeutico noto. I casi da me trattati fin oggi con questo mezzo sono al numero di sette. Per comodo degli studiosi e per ordine scientifico io li espongo ciascuno collocato sotto il titolo, che la classifica naturale, anatomica, usa.

Spasmo in particolare

A) *Spasmo nel distretto del nervo trigemello. — Spasmo masticatorio. — Trisma.*

Di questa forma spastica un unico caso ho trattato col ferro rovente. Eccone la storia:

Osservazione I.ª — **Spasmo tonico bilaterale del nervo trigemino. Cauterizzazione bilaterale al collo. Guarigione.**

Carmela Fiorelli, di anni 28, sarta, maritata, si presenta alla mia osservazione il 3 Gennajo 1881.

Stato presente. — Essa è affetta da una contrazione spastica delle mascelle, le quali sono fortemente serrate l'una contro l'altra. Nè la volontà dell'inferma, nè l'uso della forza valgono a fare aprire la bocca della malata: è solo in grado minimo possibile di allontanare le arcate dentarie. L'inferma per questo è impedita di nutrirsi per la via della bocca e del pari è impedita di parlare. Le è solo possibile generare dei suoni inarticolati. I muscoli masticatorj sono rigidi, alquanto duri, con contorni piuttosto spiccati e visibili. Tratto tratto l'inferma è sorpresa da dolori modici nei muscoli contratti. Lo spasmo non è egualmente intenso nei due lati: è più prevalente a destra: l'arcata dentaria inferiore sporge un poco al di fuori della superiore verso il lato sinistro (*prevalenza dello spasmo dello pterigoideo del lato destro*). Mancanza di dolori ne-

vralgici nel trigemello, nei denti; assenza di sintomi di periostite del mascellare, di fenomeni cerebrali, ecc. Le gengive esterne e la mucosa del vestibolo della bocca sono sane.

Anamnesi. — I parenti assicurano, che questo stato dura da 28 giorni e che l' inferma ammalò di siffatto morbo in seguito ad un raffreddamento a corpo sudato. Assicurano inoltre, che l'inferma non soffrì mai malattie spasmodiche generali (epilessia, eclampsia, isteria, corea, tetano, meningiti, ecc.), e nemmeno malattie dei denti (carie ed infiammazioni, odontalgia, nascita del dente del giudizio, ecc.) o nevralgia nel volto. Non si è affacciata inoltre, prima dello spasmo nessuna malattia di organi remoti, in seguito delle quali spesso si è veduto manifestare lo spasmo (ferite delle membra, elmintiasi, infiammazioni periferiche, ecc.).

Diagnosi. Spasmo tonico del trigemino. — (Affine di essere sicuri nella diagnosi, abbiamo praticato la cloroformizzazione, per mezzo della quale si è potuto allontanare in certo modo le due mascelle tra loro. Così si è escluso lo scambio con una anchilosi dell' articolazione temporo-mascellare del resto affatto impossibile nelle condizioni presentate dall' inferma).

Trattamento. — Invano furono usati i rivulsivi deboli cutanei, il joduro potassico, le correnti faradiche e galvaniche, i narcotici, ecc. L'inferma si è alimentata per via di clisteri nutrienti, (fatti cioè con latte, brodi, vino) ed è alquanto esaurita nelle forze.

4 Giugno. — Identico stato. Col termocauterio di Pacquelin pratico la cauterizzazione ai due lati della porzione cervicale della colonna vertebrale, per l' estensione di 4 pollici. Sulla superficie cauterizzata applico per un' ora il ghiaccio, indi metto in riposo l' inferma. Nutrizione per via di clisteri.

6 Giugno. — Insignificante miglioramento. Sulle piaghe

formate in seguito a caduta dell' escara, per provocare e mantenere la suppurazione aspergo uno strato di pomata stibiata. Avvolgo bene il collo dell' inferma con panni caldi di lana. Nutrizione solita, latte, brodi, vino per clisteri.

Dal 6 al 10 Giugno. — Continuando sempre ad aspergere giornalmente le due piaghe cervicali colla pomata stibiata, si è mantenuta una copiosa suppurazione. Da due giorni l' inferma allontana volontariamente i due mascellari alla distanza di un quarto di pollice. Ordino all' inferma di non muovere le mascelle e per obbligarla al riposo perfetto immobilizzo la sua faccia con adattata fasciatura. Nutrizione per clisteri al modo ordinario.

Dal 10 al 17 detto. — Identico trattamento delle piaghe. Identica nutrizione rettale. L' inferma migliora giornalmente col continuarsi la suppurazione.

Dal 17 al 22 detto. — Miglioramento continuato. L' inferma allontana le due mascelle tra loro fino all' altezza di mezzo pollice. Si continua il trattamento con la pomata stibiata. Suppurazione abbondante.

29 Gennajo. — L' inferma muove benissimo le due mascelle. Si continua il trattamento fino al 1.° Febbrajo. Da questo giorno fino al 10 detto, per favorire la cicatrizzazione delle due superficie suppuranti si è applicato sulle soluzioni il jodoformio.

Nel mese di Marzo rividi l' inferma guarita, la quale mi attestò di non aver più sofferto da due mesi nessuna molestia nella sua masticazione giornaliera.

Questo caso importante, in cui la cauterizzazione latero-cervicale fatta col termocauterio del Pacquelin diede così splendido risultato, merita l'attenzione dei neuro-patologi. Esso, per quello che io so, è il primo caso in cui fu praticata la rivulsione energica col ferro rovente sulla cute bilaterale della cervice e che diede effetto salutare. È da sperare perciò assai presto che

in casi simili ribelli al trattamento curativo usuale si ripeta lo stesso trattamento. L'importanza del trisma e il pericolo che corre la nutrizione dell' infermo lo esigono ad ogni costo.

Passiamo ad una seconda forma.

B) *Spasmo diffuso del nervo facciale. — Tic convulsivo clonico.*

Anche di questa forma spastica ho trattato un solo caso col ferro rovente. Eccone la storia:

Osservazione II. — **Spasmo diffuso unilaterale del nervo facciale. Cauterizzazione alla cervice. — Guarigione.**

Anna Caracciolo, d'anni 42, lavandaja, maritata, con figli si presenta alla mia osservazione il Marzo 1880.

Stato presente. — L' inferma è affetta da continue contrazioni e rilasciamenti di tutti i muscoli del volto innervati dal facciale destro. La serie non interrotta di movimenti, che hanno luogo nella metà destra della faccia non permettono, che io ne dia una esatta descrizione. Si tratta di corrugamenti, ammiccamenti, contorcimenti i più strani della fisonomia, i quali essendo unilaterali fanno il più strano contrasto con la calma e l' immobilità della metà sinistra del volto. I movimenti consistono in contrazioni delle palpebre, corrugamenti della fronte, dilatazione delle narici, stiramento dell'angolo delle labbra e simili, i quali si avvicendano continuamente fra loro. Questa agitazione mimica si manifesta con dei parossismi i quali, da quanto io ho veduto con i miei occhi, hanno la durata di pochi minuti primi. Essi cominciano con leggieri movimenti convulsivi, i quali a poco a poco aumentano di intensità e si succedono con rapidità maggiore e finiscono per dar luogo a talune contrazioni toniche nell' orbicolare delle palpebre e nell'elevatore del labbro superiore. A questo punto quei movimenti convulsivi si fanno nuovamente e sempre gra-

datamente più rari e meno intensi ed il parossismo si termina. Negli intervalli tutto rimane nella più perfetta calma. Nel corso di un' ora di esame si sono succeduti quattro parossismi. L' inferma non sa precisare il numero dei parossismi che si succedono nelle 24 ore. Suo marito assicura, che nel corso della notte, quando l' inferma dorme tranquilla, raramente tali accessi si provocano spontaneamente. I parossismi giornalieri si manifestano senza una cagione apprezzabile: non di rado però, secondo asserisce il marito dell' inferma, essi insorgono sotto l' influenza di certi determinati movimenti (il parlare a lungo, certi movimenti volontarj, l'ira, la rabbia, lo spavento, l' influenza di una luce troppo viva e simili).

I muscoli, che prendono esclusivamente parte nello sviluppo dell' accesso sono l' orbicolare delle palpebre, l' elevatore del labbro e della pinna del naso, gli zigomatici ed il corrugatorio. Negli intervalli di calma l' inferma è nel caso di fare agire i muscoli del volto liberamente; i movimenti mimici non sembrano in questi momenti in alcun modo alterati.

Non è mai accaduto di osservare una diffusione dello spasmo ai muscoli delle provincie vicine. Manca ogni fenomeno sensitivo. Non si riscontra nessun fenomeno d'ordine vaso-motorio-trofico-secretorio. È importante il notare come l' inferma accusa di *sentire un mormorio nell' orecchio durante lo spasmo* (*spasmo dello stapedio?*). L'eccitabilità elettrica dei rami del facciale e dei muscoli del volto è normale. Per quanto avessi fatto ricerca, punti *gravativi* non ho trovato nè nelle parti vicine, nè nelle parti lontane dalla faccia.

Anamnesi. — L' inferma attesta, che la sua infermità data da tre mesi. Lo spasmo tenne dietro all' influenza di un forte *raffreddamento*. Essa non ha mai sofferto *tic doloroso* nè *infiammazioni oculari*. I denti e le gengive dell' inferma sono sani. L'inferma non ha sofferto nè malattie

uterine, nè malattie intestinali, nè lesioni traumatiche al volto o alle membra. Non ha mai patito affezioni convulsive generali ed affezioni di sede cerebrale o spinale.

Il decorso dello spasmo ha tenuto un andamento uniforme. Cominciò di botto e da principio fu diffuso.

Diagnosi. — Spasmo clonico diffuso del volto, probabilmente di sede periferica (?).

Trattamento — Nel corso di tre mesi l'inferma ha esauriti tutti i mezzi possibili antispasmodici noti senza averne vantaggio. *Diaforetici*, *elettricità*, narcotici, nervini, ecc. tutto senza successo.

Decorso. — 5 Marzo. — Col termocauterio del Pacquelin pratico una cauterizzazione al lato destro della colonna vertebrale, per l' estensione di quattro pollici e metto in riposo l' inferma. Sulla soluzione di continuo applico per un' ora il ghiaccio contenuto in vescica.

6 all' 8 Marzo. — Nessun miglioramento appariscente. Caduta l' escara, sulla piaga applico l'unguento stibiato.

9 al 12 detto. — La piaga suppura abbondantemente. Il numero degli accessi di tic convulsivo è diminuito nelle 24 ore. La durata di ogni accesso è di pochi secondi: nel decorso dell' accesso non si notano più contrazioni toniche intermediarie nei muscoli articolare ed elevatore del labbro superiore. Si continua l' uso locale della pomata stibiata.

13 al 18. — Continua l' abbondante suppurazione della piaga. Lo spasmo primitivo è stato sostituito da taluni *lievi* e *fugacissimi*, a guisa di veri « lampi » e *rari* movimenti dei muscoli della metà sinistra della faccia. Si continua l' unzione stibiata.

19 a 25 detto. — Le piaghe suppurano ancora. I « lampi » mimici non si sono più affacciati dal due giorni. Si continua intanto l' unzione stibiata sulla piaga cervicale.

26 a 28 detto. — I residui spastici non si sono più af-

facciati. Si cessa l' uso della pomata stibiata e si applica sulla piaga il jodoformio.

8 Marzo. — La piaga è cicatrizzata.

5 Maggio. — Ho rivisto l'inferma la quale non ha avuto recidive del tic convulsivo guarito da due mesi completamente.

Anche la guarigione di questo caso colla cauterizzazione unilaterale della cute latero-cervicale è un portento. Non conosco nella letteratura altri casi di spasmi clonici del facciale trattati e guariti col ferro rovente.

Speriamo che i pratici in casi simili ribelli ad ogni trattamento usuale ne ripetano la prova.

Segue una terza forma di spasmi.

C) *Spasmi nel distretto del nervo accessorio del Willis.*

Gli spasmi appartenenti a questa categoria da noi sottomessi all'azione del ferro rovente, sono al numero di tre. Due di questi colpirono isolatamente i muscoli sterno-cleido-mastoideo e cucullare da un solo lato, il terzo li prese entrambi nello stesso lato. I tre casi però si presentarono sotto la forma di spasmo clonico.

Osservazione III. — **Spasmo clonico dello sterno-cleido-mastoideo di un sol lato ribelle ad ogni trattamento. — Cauterizzazione col ferro rovente. — Guarigione completa.**

Anna di Blesio, vedova, di 30 anni di età, di buona costituzione, si presenta alla mia osservazione il Novembre 1880.

Stato presente. — L' inferma offre movimenti convulsivi del capo, che volgono sul solo lato destro. Questi movimenti si manifestano per via di scosse caratteristiche. Il mento tutto ad un tratto viene rotato ed innalzato nel lato sinistro; contemporaneamente l'occipite, l' orecchio ed il pro-

cesso mastoideo sono ravvicinati alla spalla destra. Questo spasmo si manifesta in forma parossistica, di durata di pochi minuti primi. Nel corso del giorno l'inferma conta 5 a 7 parossismi. Negl' intervalli la testa non è scossa, sta ferma e l'inferma può volgerla dove vuole. L'intensità di questi accessi, secondo attestano i parenti dell'inferma, si accresce allorchè la sofferente s' inquieta o si trova in soggezione. I parossismi vengono risvegliati spesso da influenze psichiche (emozioni, collera e riso). Nell'acme del parossismo non si sono mai visti movimenti spasmodici di muscoli appartenenti a regioni limitrofe o remote. L'inferma accusa una *dolorosa stanchezza* nel muscolo sterno-cleido-mastoideo. I punti *gravativi*, malgrado ne avessi fatto ricerca, non sono reperibili. La malattia si è sviluppata in una maniera lenta e graduale e cominciò in maniera piuttosto mite nel mese di Agosto 1880. Progressivamente è aumentata in intensità. L'inferma trovasi in condizioni d'animo deprimenti.

Anamnesi. — Lo spasmo esordì in seguito ad un raffreddamento. L'inferma non ha mai accusato segni di malattie dei centri nervosi; mai ha sofferto lesioni traumatiche sul capo e sulla nuca; mai patì malattie delle vertebre cervicali. L'inferma inoltre non soffrì antecedentemente allo spasmo malattie uterine, ovvero disordini digestivi.

Diagnosi. — Spasmo clonico dello sterno-cleido-mastoideo.

Trattamento pregresso. — L'inferma usò diaforetici, correnti elettriche, joduro potassico, narcotici, nervini, ecc., senza il menomo sollievo. L'uso dei cataplasmi e dei bagni caldi non ha affatto migliorato lo spasmo.

Decorso. — 22 Novembre. — Col termocauterio pratico sul lato destro del collo, alla porzione alta della cervice una cauterizzazione per l'estensione di sei pollici. Sulla parte causticata applico il ghiaccio pesto pel corso di un' ora, indi metto in riposo l'inferma.

24 Novembre. — L'inferma assicura di aver avuto più leggieri gli accessi spastici del collo e di averne avuto solo due o tre al giorno. Sulla superficie causticata, essendo caduta l'escara, spalmo uno strato di pomata stibiata.

25 a 29 detto. — Gli accessi spastici sono diminuiti considerevolmente in numero ed in intensità. Dalla piaga cervicale scaturisce pus *bonum* abbondante. Continuo il trattamento giornaliero colla pomata stibiata.

30 detto al 5 Dicembre. — Dal 4 Dicembre contratture spastiche dello sterno-cleido-mastoideo non se ne manifestarono. Si continua l'uso della pomata. La suppurazione è abbondante.

6 al 9 detto. — Guarigione completa dello spasmo.

12 detto. — Cessa l'uso della pomata stibiata. Sulla piaga applico il jodoformio.

Al 20 Dicembre la piaga è guarita. Lo spasmo non si è presentato più.

Marzo 1881. — Ho rivisto l'inferma in stato florido. Nessuna recidiva dello spasmo.

Osservazione IV. — Spasmo clonico del cucullare del lato destro. — Cauterizzazione al collo. — Insuccesso.

Carlo Mestandrea, d'anni 18, di costituzione delicata, di temperamento nervoso, si presenta alla mia osservazione il Maggio 1881.

Stato presente. — Il giovane soffre un'affezione spastica localizzata al lato destro del capo e collo. In un tratto il capo si trova stirato in basso ed a destra, *senza* che il *mento* (si noti) sia *rotato in alto ed a sinistra.* Nel tempo stesso la spalla è rialzata, la scapola è ravvicinata alla colonna vertebrale e gira alquanto sul proprio asse. Qualche volta la testa viene così forzatamente tratta indietro, che l'occipite ed il mento sono quasi in contatto tra loro, nel men-

tre il mento è molto elevato. Questo spasmo si presenta parossisticamente e dura più o meno lungo tempo. Il numero degli accessi giornalieri è irregolare, se ne possono contare tra 10 a 18. Durante il sonno lo spasmo si calma. I mali dell' animo spesso risvegliano il parossismo. Spesso nel corso dell' accesso i muscoli del retto e della spalla entrano anch' essi in azione. Il malato risente stanchezza dolorosa nel cuoullare. I punti *gravativi* non sono reperibili.

Lo sviluppo della malattia è stato lento e graduale. Il principio rimonta a sei mesi fa.

Anamnesi. — Causa oscura. L' infermo soffre di nervosismo. Non ha sofferto mai lesioni traumatiche nel collo e nella testa, non presenta malattie delle vertebre cervicali e nemmeno segni di lesioni localizzabili dei centri nervosi.

Trattamento — L' infermo ha usato tutti i rimedj antispasmodici senza giovamento.

12 Maggio. — Sulla regione alta della cervice, al livello delle apofisi trasverse, applico il termocauterio arroventato e gli caustico una superficie lunga 6 pollici. Sulla parte causticata applico e mantengo per un'ora il ghiaccio pesto. Indi fascio il collo e metto in riposo l' infermo.

14 detto. — Caduta l' escara, sulla piaga applico l' unguento stibiato.

15 al 20 detto. — Si continua l'uso della pomata. L' infermo non ha nessun giovamento dalla suppurazione, che si genera abbondantemente.

21 al 30 detto. — Lo spasmo si è alquanto mitigato nella sua intensità, ma continua ad essere duraturo e frequente nel corso delle giornate. Si continua l' uso locale dell'unguento stibiato.

5 Giugno. — L'infermo non vede nessun miglioramento. Cesso l' uso locale della pomata stibiata e ricorro all' uso del jodoformio.

14 Giugno. — La piaga cervicale si è cicatrizzata, ma lo spasmo non si è modificato affatto.

Osservazione V. — **Spasmo clonico unilaterale dei muscoli sterno-cleido-mastoideo e cucullare. — Cauterizzazione col ferro rovente. — Guarigione.**

Gennaro Amato, studente, di anni 21, si presenta alla mia osservazione nel febbrajo 1882.

Stato presente. — Egli è affetto da uno spasmo unilaterale destro del collo, il quale si manifesta per via di scosse tutte caratteristiche. In un dato momento il mento viene elevato e rotato a sinistra, l' occipite si ravvicina alla spalla destra rialzata e riavvicinata alla colonna vertebrale e la testa viene con certa forza attratta in addietro. Questo spasmo si manifesta in via di parossismo della durata di pochi secondi. Il numero dei parossismi giornalieri non sorpassa la cifra di 6. I parossismi si sviluppano sia sotto l'influenza di emozioni, sia spontaneamente. Non vi è *diffusione* dello spasmo nei muscoli limitati della faccia e del braccio. Il malato risente nei due muscoli affetti una stanchezza dolorosa. Non mi è riuscito rinvenire punti *gravativi*. L' infermo soffre insonnio; il suo animo è alquanto depresso.

La malattia ha esordito lentamente da sei mesi.

Anamnesi. — Lo spasmo cominciò dietro un raffreddamento circoscritto al collo. L'infermo non ha sofferto mai affezioni nervose.

Diagnosi. — Spasmo unilaterale dei muscoli sterno-cleido-mastoideo e cucullare.

Trattamento. — L'infermo non si è giovato delle cure elettriche e del joduro potassico. Chiede di essere sottomesso a trattamento più energico.

12 Febbrajo. — Cauterizzazione trascorrente del collo, lato destro, per l' estensione di sei pollici. Uso locale del ghiaccio. L' infermo viene messo in riposo.

15 detto. — Sulla superficie causticata applico l'unguento stibiato.

16 a 19 detto. — Lo spasmo comparisce più raramente. La intensità è quella primitiva. Continuasi l'uso locale della pomata stibiata. La piaga suppura abbondantemente.

20 a 24 detto. — Nei tre ultimi giorni lo spasmo si è manifestato solo tre volte. La sua intensità è scemata.

25 al 28 detto. — Lo spasmo non si è più affacciato da 36 ore. La piaga suppura: unzione colla pomata stibiata.

5 Marzo. — Dal giorno 27 Febbrajo ad oggi lo spasmo non si è manifestato più. Sulla piaga invece della pomata stibiata applico il jodoformio per favorire la cicatrizzazione.

12 detto. — L' infermo è guarito, la piaga in via di cicatrizzazione.

Nel Maggio ho rivisto il giovane. L' affezione spastica non si è più rinnovata.

L' uso del ferro rovente nella cura degli spasmi del nervo accessorio del Willis non è nuovo: in questi ultimi tempi esso ha ricevuto un valido impulso per mano di Busch (*Gesellsch. in Bonn*, 1873, pag. 27 — *Berlin Klin Wochenschrift*, N. 37, 38 e 39). Questo celebre chirurgo presentò alla Società di Bonn varj casi gravi e ribelli di spasmi dell' accessorio nei quali praticò la cauterizzazione ai due lati della colonna vertebrale, porzione cervicale, per l' estensione di 5 a 6 pollici, servendosi di un cauterio prismatico.

Il primo caso rifletteva un uomo di 30 anni, il quale presentava da più di un anno contrazioni spasmodiche dello sterno-mastoideo; la tenotomia non aveva prodotto che una migliorìa passeggiera; l'elettricità aveva piuttosto aggravato il male. Dopo la cauterizzazione col ferro rovente, una migliorìa sensibile si fece tosto manifesta; la contrattura fece posto a dei leggieri

trasalimenti convulsivi fino al momento che le escare caddero. Nel corso di tre settimane l'infermo fu guarito.

Il secondo caso riguardava un uomo sofferente di scoliosi, il quale aveva presentato delle convulsioni elettriche di tutti i muscoli posteriori della testa, della scapola e ancora del braccio. La cauterizzazione col ferro rovente fu praticata alla cervice e la suppurazione intrattenuta pel corso di due mesi. Nel corso di questo tempo la guarigione fu completa.

Tre casi simili furono egualmente trattati con lo stesso successo. In un quarto il trattamento col ferro rovente riuscì negativo.

Nei tre casi da noi sopra riferiti e trattati col termocauterio di Pacquelin solo in due seguì la guarigione, nel terzo il risultato fu del pari negativo.

Abbiamo quindi fino ad oggi un numero di nove casi di spasmi clonici dell'accessorio, ribelli ad ogni trattamento usuale trattati col ferro rovente. In sette di essi dopo siffatto trattamento seguì la guarigione completa.

Questa statistica giustifica pienamente l'ulteriore impiego di tale metodo.

D) *Spasmo nel distretto dei muscoli del braccio.*

Di questa forma ne ho trattato un sol caso colla cauterizzazione. Eccone la storia.

Osservazione VI. — **Ferita al braccio destro. — Nevralgia brachiale, specie del nervo mediano. — Spasmo clonico del braccio ribelle ad ogni trattamento. — Cauterizzazione. — Guarigione dello spasmo e della nevralgia.**

Biagio Cannettoli, d'anni 25, fabbro-ferrajo si presenta alla mia osservazione il marzo 1882.

L'infermo racconta, che tre mesi addietro in seguito ad

una *ferita contusa* riportata nel braccio destro si sviluppò un dolore intensissimo, penetrante, il quale percorre l'arto in cammino ascendente e discendente. Il dolore presenta sempre manifeste esacerbazioni e remissioni e di solito anche vere intermittenze. Esso ordinariamente si sviluppò sotto forma di parossismi di durata variabile. L' infermo non sa fissare la sede determinata del dolore: egli attesta solamente che preferentemente il dolore da lui si risentiva nella faccia palmare delle prime quattro dita (regione del *nervo mediano*) e nella parte mediana della faccia dorsale della mano e delle dita. Questo dolore non lo ha mai abbandonato fino ad oggi.

Aggiunge dippiù l' infermo, che da 40 giorni a questa parte egli soffre delle contrazioni spasmodiche dei muscoli del braccio. Queste sono cloniche di natura e si manifestano come i dolori nevralgici in forma accessionale di durata di pochi secondi. Questi spasmi ordinariamente si manifestano nel tempo dell' accesso nevralgico e propriamente nello stadio dell' acme di questo. Non tutti gli accessi nevralgici destano lo spasmo: nè la manifestazione locale dello spasmo coincide sempre collo sviluppo dell'accesso nevralgico. L' infermo risente nel braccio un senso di stanchezza.

Esame obbjettivo. — Il braccio destro dell' infermo è nutrito come il sinistro. Sulla parte media della faccia esterna del braccio si osserva una cicatrice. Non si osservano lesioni vasomotorie e trofiche. La motilità è sana. Però l' infermo accusa tratto tratto un senso di intorpidimento nell' arto superiore. La cute della regione media dell' avambraccio e quella delle palme delle mani è un po' iperestetica. Alla piega del braccio si rinviene un punto doloroso: sull' articolazione della mano, faccia palmare, si rinviene un secondo punto doloroso. Alla palpazione sui muscoli e lungo il corso dei nervi non si notano nè nodi, nè corde tese. Non si rinvengono punti *gravativi*.

Diagnosi. — Nevralgia brachiale, specie del nervo mediano. Spasmo clonico riflesso dei muscoli del braccio.

Trattamento. — L' infermo inutilmente ha fatto uso dei narcotici, della pomata, dell'elettricità.

7 Marzo. — Cauterizzazione trascorrente sul braccio, porzione alta, della lunghezza di quattro pollici. Applicazione sulla superficie cauterizzata del ghiaccio pesto per la durata di un'ora. L' infermo è messo in riposo.

9 detto. — Alla caduta dell' escara applico sulla piaga l'unguento stibiato.

11 detto. — L' infermo ha avuto solamente pochi accessi nevralgici lievi nel corso dei tre ultimi giorni. Due volte solo ha avuto lo spasmo del braccio. La piaga suppura; si continua il trattamento locale della pomata stibiata.

Dal 12 al 15 detto. — Un solo accesso nevralgico lieve: nessuno spasmo al braccio. Si continua lo stesso trattamento.

Dal 16 al 20 detto. — Nessun accesso nevralgico nè spastico. Abbondante suppurazione della piaga.

25 detto. — Cessa l'uso locale dell' unguento stibiato. Invece si tratta la piaga col jodoformio.

1 Aprile. — La piaga è guarita; la nevralgia e lo spasmo non si sono più manifestati.

Luglio. — Ho rivisto l' infermo il quale è completamente ristabilito. Non ha avuto recidiva nè della nevralgia, nè dello spasmo del braccio.

Il successo della cauterizzazione in questo caso ha oltrepassato i confini di ogni aspettazione. Non solo lo spasmo guariva dietro tale trattamento, ma anche la nevralgia che ne era la causa.

Un caso del tutto simile, quanto a forma clinica, è stato anche pubblicato da Busch (v. avanti, luogo cit.).

In una giovane di 19 anni affetta da nevralgia brachiale ribelle all' elettricità galvanica si aggiunse uno

spasmo riflesso clonico dei muscoli del braccio. All'uso del ferro rovente lo spasmo cedette, ma la nevralgia resistette.

Questi due casi esigono ulteriori esperimenti all'uopo.

Ecco un'ultima forma di spasmi.

E) *Spasmo nei distretti del nervo lombare e sacrale.*

Di questa forma morbosa ne ho trattato un caso col ferro rovente. Ecco la storia.

Osservazione VII. — Spasmo diffuso tonico di entrambi gli arti inferiori. — Cauterizzazione bilaterale alla regione lombare della rachide. — Guarigione.

Giovanni Rispoli, legale, d'anni 27, di florida costituzione, senza antecedenti acquisiti ed ereditarj si presenta alla mia osservazione il Maggio 1882.

Stato presente. — L'infermo soffre una forma di spasmo di entrambi gli arti inferiori, che consiste in una estensione dolorosa delle gambe, con forzata flessione delle dita del piede. Tale affezione è permanente, però nel corso delle 24 ore va soggetto ad esacerbazioni parossistiche. I muscoli della regione anteriore esterna della gamba sono rigidi e tesi. Sul dorso del piede si rilevano i tendini del tibiale anteriore e dei flessori delle dita molto salienti e tesi. Il piede trovasi forzatamente esteso sulla gamba. Le sensibilità cutanee sono sane: le tendinee alquanto aumentate. I muscoli sono ben nutriti. Sulla cute non si rivelano segni di alterazione trofica. Sulle gambe e sul piede però si osservano vene turgide alquanto e cianotiche. Non si osservano punti *gravativi.*

Nelle esacerbazioni parossistiche mai fu visto diffusione dello spasmo nei muscoli limitrofi. L'intensità dello spa-

smo cessa la notte: gli affetti dell'animo sono capaci di esacerbarlo, ed anche di procurare dei parossismi violenti.

Quest' affezione decorre da tre mesi. Essa cominciò con un lieve spasmo dei muscoli estensori della gamba destra, il quale si sviluppò repentinamente in seguito ad un raffreddamento. Man mano si notò un aumento dell'intensità del male, ed una diffusione dello spasmo al lato opposto. Da 15 giorni la malattia è rimasta stazionaria.

Etiologia. — Lo sconcerto nervoso è dall'infermo attribuito all' azione di un raffreddamento. (L' infermo sudato volle bagnarsi gli arti inferiori nell' acqua tiepida). Non si notano antecedenti nervosi cerebro-spinali.

Cura. — L' infermo sottomesso all' uso dei bagni caldi, del joduro potassico, della corrente elettrica, dei nervini, degli epispastici, non ebbe nessuno effetto. Egli chiede di essere guarito con qualunque mezzo terapeutico.

8 Maggio. — Cauterizzazione bilaterale alla regione lombare della spina, al livello delle apofisi trasverse, estesa per cinque pollici. Trattamento della superficie cauterizzata col ghiaccio per la durata di un' ora. Indi riposo dell' infermo.

10 detto. — L' intensità dello spasmo è sensibilmente diminuito. — Sulle piaghe, per la caduta dell' escara applico la pomata stibiata.

11 al 14 detto. — Le piaghe suppurano abbondantemente. Lo spasmo si è quasi totalmente risoluto. Continuo il trattamento giornaliero coll' unguento stibiato.

15 al 18 detto, — Le piaghe continuano a suppurare. La contrattilità permanente della gamba è scomparsa. Le sensibilità tendinee però sono ancora un po' accentuate.

19 al 21 detto. — Lo spasmo non si è più manifestato. Cesso l' uso della pomata stibiata, e ricorro all' uso del jodoformio per agevolare la cicatrizzazione.

29 detto. — Le piaghe si sono cicatrizzate quasi completamente. Lo spasmo non si è più rinnovato.

Luglio. — Ho riveduto l'infermo completamente guarito.

Anche la guarigione di questo caso è un portento. Io considero quest' affezione come una varietà di rigidità muscolare intermittente della tetania reumatica.

Un' affezione singolare convulsiva, probabilmente di natura idiopatica, fu guarita da Westphal col ferro rovente. (*Berlin Klin. Wochenschrift*, n. 9, pag. 125, 3 mars 1879).

Il malato era un tintore, di 22 anni, il quale in riposo sul suo letto, presentava in una maniera continua convulsioni cloniche violente dei muscoli addominali. La stazione prolungata ed il cammino inaspriscono straordinariamente questi movimenti convulsivi, i quali si propagano allora alle quattro membra sotto la forma di un tremore convulsivo intenso. Il malato allorchè cammina appoggiato alla sua canna offre un andamento molto caratteristico. Egli si avanza col tronco inclinato in avanti; per istanti questa inclinazione del tronco è ancora accresciuta da scosse brusche involontarie. Quest' uomo cammina con le gambe rigide, sempre fortemente rigide al livello del ginocchio; i suoi talloni cadono sul suolo con una grande violenza.

La sensibilità è intatta; i riflessi sono enormemente più sviluppati che abitualmente. Il più piccolo tocco della pianta del piede provoca un tremore universale. La più leggiera pressione sopra una qualunque delle apofisi spinose, il tocco della cute del dorso specialmente, determinano la genesi di una violenta eruttazione. Ancora quando l' infermo riposa nel suo letto, il polso conserva una frequenza rimarchevole, perchè esso scatta 108 volte per minuto. Egli ha un anno, che questo malato è stato curato nella clinica per i suoi movimenti convulsivi, i quali sono stati pre-

ceduti, come questa volta da sintomi generali: scuotimento di freddo, febbre, inappetenza.

Dopo di aver resistito ad ogni specie di medicatura questi disturbi cedettero all'applicazione del ferro rovente, ed il paziente potette riprendere il suo lavoro. In lui è impossibile di assegnare un motivo per la riapparizione dell'affezione.

Il 13 dicembre 1878 si cloroformizza l'infermo per praticargli le cauterizzazioni lungo la rachide. Le convulsioni dei muscoli addominali persistevano fino alla sera, poi disparvero; il 18 dicembre essi non più ricomparvero. Al contrario l'operazione non ha fatto sparire nè l'esagerazione della sensibilità riflessa, nè l'eruttazione provocata pigiando i tegumenti del dorso.

Westphal crede che in questo caso si tratti di convulsioni idiopatiche, sedenti originariamente nei muscoli dell'addome e capaci in certe circostanze di irradiarsi ed estendersi agli altri gruppi muscolari. Il soggetto è evidentemente neuropatico, ma non è affatto un simulatore.

Io ho creduto di dover riportare questo fatto affine di eccitare i medici pratici a praticare la cauterizzazione col ferro rovente in tutti gli spasmi circoscritti o diffusi, purchè essi resistano alla cura usuale.

Esaurita la dimostrazione dei casi clinici viene un importante quesito a trattarsi. In che modo agisce il ferro rovente nelle affezioni spasmodiche per arrecare la guarigione? Ei si può dire, che l'azione di siffatto rivulsivo sta forse nel fatto di un impedimento alle azioni riflesse, cui sembra che diano luogo la maggior parte delle energiche irritazioni centripete: o forse nel fatto che il forte stimolo della cute ovvero il processo flogistico stabilitosi sulla superficie cutanea

agisce direttamente siccome mezzo alterante sul sistema nervoso centrale ed induce nelle parti limitrofe a questi dei cambiamenti speciali nello stato della circolazione e della nutrizione. Se si esce da queste spiegazioni si corre il rischio di mettere il piede nel campo dell'umorismo bello è buono. Nè la natura oscura dei processi spastici consente altra interpretazione.

Nei casi, in cui si presceglie la cura rivulsiva ove devesi applicare il ferro rovente? Qui è necessario primieramente di far distinzione fra spasmi *con punti gravativi* e spasmi *senza punti gravativi*. Quanto ai primi, poichè l'esperienza ha dimostrato, che in una quantità di casi di spasmo la *semplice pressione* esercitata sopra certi determinati punti di pressione è capace di troncare un accesso di spasmo, così è proficuo di portare il ferro rovente proprio ove questi punti sono localizzati nei casi, in cui si prescegIie tale cura; giacchè non è indifferente partire da un luogo, da cui impressioni moderatrici dello spasmo naturalmente con semplici stimoli ordinarj si destano. In tal caso le influenze riflesse sospensive o modificatrici del caustico trovano circostanze più favorevoli per la loro felice riuscita. Ora, poichè i punti *gravativi*, primitivi od indotti, si possono trovare ovunque, così è duopo ricercarli e cauterizzarli. In quei casi al contrario, in cui i punti di pressione non si manifestano nel corso della malattia e questi casi disgraziatamente sono i più frequenti, conviene generalmente parlando, portare la causticazione sulla colonna vertebrale in corrispondenza delle apofisi trasverse. Quivi si caustícherà da un lato o da tutti e due i lati, a seconda che lo spasmo è unilaterale o bilaterale. Prescelgo i siti della pelle corrispondenti alle apofisi trasverse, perchè corrispondentemente a siffatti prolungamenti si trovano, in tutta l'altezza della colonna vertebrale, i varj ganglj sim-

patici, i filamenti nervosi dei quali vanno alle arterie del midollo spinale e della base del cranio e quindi sono in grado di portare molto bene gli eccitamenti salutari della rivulsione periferica. Negli spasmi della testa, del collo, la causticazione va fatta nel segmento cervicale della colonna; negli spasmi del braccio la causticazione praticata nel terzo superiore della colonna dorsale, ovvero sullo stesso braccio, specie quando lo spasmo è causato da nevralgia periferica brachiale.

Nello spasmo degli arti inferiori e nello spasmo generale va causticato la colonna vertebrale preferibilmente nel segmento lombare da uno o da tutti e due i lati.

Per la causticazione si può servirsi di un cauterio prismatico qualunque; io dò la preferenza al cauterio di Pacquelin. Io, seguendo l'esempio di Busch cauterizzo per l'estensione di 4 a 6 pollici. Sul luogo causticato applico immediatamente il ghiaccio, e lo mantengo sulla località per la durata di un'ora. Ciò fatto tengo il malato per un certo tempo in riposo e dopo la caduta dell'escara mantengo la suppurazione tra 2 a 4 settimane, coll'uso locale della pomata stibiata.

Io non so quale avvenire potrà avere l'uso del ferro rovente nella terapia degli spasmi. Egli è certo che fino ad oggi si contano 5 spasmi cervicali guariti da Busch, 2 spasmi cervicali guariti da me, uno spasmo riflesso del braccio guarito da Busch, uno identico guarito da me, uno spasmo del settimo ed uno spasmo del trigemino guariti da me, uno spasmo degli arti inferiori guarito da me ed infine uno spasmo generale guarito da Westphal. Cosicchè oggi si contano già 11 casi guariti, sopra tredici trattati colla cauterizzazione.

E se si riflette, che questi casi furono tutti ribelli

agli altri mezzi terapeutici, questa statistica brillante preconizza un felicissimo avvenire della rivulsione.

Nei casi ostinati tanto più volentieri devesi ricorrere al ferro rovente, in quanto le *miotomie* e le *neurotomie*, che sono certamente delle operazioni disperate, il più spesso non hanno un successo duraturo e non riescono che quando la causa dello spasmo stia nei tratti nervosi periferici. Ora, la cauterizzazione trascorrente si può adoperare nei casi di origine periferica e centrale, e se ne può sperare ottimo successo senza torturare l'infermo con un'operazione molto grave.

Spetta certamente all'avvenire il decidere, se il ferro rovente riesca più negli spasmi periferici ovvero in quelli centrali. Nello stato presente delle conoscenze scientifiche sugli spasmi riesce impossibile nella maggior parte dei casi il tracciare una diagnosi differenziale tra le forme spastiche periferiche e quelle centrali, cosicchè il pratico nella direzione della cura devesi abbandonare per ora alla cieca fortuna.

Non devesi però mai obliare il vecchio criterio generale, cioè « chè negli spasmi centrali sostenuti da *focolai di alterazioni macroscopiche* ogni rivulsione periferica probabilmente non recherà nessun vantaggio ».

Napoli, Ottobre del 1882.

DUE CASI SIMULTANEI ED OMOLOGHI DI GRANDE ISTERISMO. — *Nota del dottor* SILVIO TONNINI, *medico-assistente al Manicomio d'Imola, comunicata al Congresso medico di Modena.*

Il fatto che io vengo ad esporre non è nuovo nel suo genere. Ciò nonostante credo bene di farlo palese,

per la natura dei suoi fenomeni morbosi, pei quali entra a far parte di quella polimorfa nevrosi detta isterismo e ci rappresenta come in embrione un esempio della grande facilità colla quale tutte le più svariate forme della suddetta affezione si propaghino da un individuo ad un altro. Questo caso ci ricorderà ancora come fenomeni morbosi analoghi a quelli, che verrò a descrivere, abbiano potuto, anche in tempi non lontani da noi, dar luogo alle ben note epidemie di convulsionarie, di demonomaniache.

Vivevano e vivono in una campagna vicina a Cervia due ragazze, d'indole e di attidudini ben diverse, le quali erano unite assieme da viva amicizia ed abitavano due chilometri lontane l'una dall'altra.

La maggiore delle due inferme, di cui vengo ora a parlare, chiamasi Virginia B.... Conta 19 anni di età e non è mai stata mestruata. Nessun antecedente ereditario. La sua intelligenza è molto limitata, la sua affettività si limita all'amicizia, che porta per l'altra inferma, la quale ha sopra di lei un grande predominio. La sua vita è sempre trascorsa fra i lavori campestri e domestici, assolutamente lungi da tutte quelle circostanze morali capaci di commuovere fortemente l'animo.

L'altra inferma chiamasi Speranza F.... conta 17 anni, è bionda, vispa, leggiadra e molto intelligente. Povera al pari della compagna, se ne distingue però a certe velleità di eleganza ed al portamento quasi signorile. Nulla di ereditario. Nessun antecedente morboso per parte sua. I suoi affetti non si limitano alla compagna, giacchè mi consta che essa ha tuttora un amante, che è stato causa per essa di diversi dispiaceri. Vanerella e dispettosa, non ha mai avuto attaccamento per nessuna fanciulla, ad eccezione di quella già accennata più sopra.

Le due fanciulle benchè abitassero in due differenti case, però molto spesso si trovavano assieme, sia per diporto, sia per ajutarsi nel lavoro. Alcuni giorni prima dell'episodio che mi farò ora a narrare, si potè notare che Speranza era divenuta di un umore più irritabile del solito, che rispondeva a tutto in tono secco e che non parlava spontaneamente se non colla compagna, la quale alla sua volta si era fatta più apatica e taciturna.

Tre mesi or sono trovavansi le due fanciulle insieme a mietere il grano, allorquando, dopo una piccola refezione, Speranza fu assalita da forte dolore epigastrico, accompagnato da conati di vomito: tale dolore si irradiò alla regione ipogastrica destra e verso il collo; e di qui si irradiò al capo, producendo perdita di coscienza. Cadde l' inferma mandando un grido e tutte le sue membra entrarono in preda a convulsioni cloniche le quali furono seguite da uno stato di rigidità e stupore. La compagna, Virginia, narra di aver provato a chiamare ajuto, ma di non esservi riuscita, perchè impedita da una forte costrizione al petto ed altro non sa aggiungere, perchè perdè la coscienza quando nella compagna si manifestarono i primi movimenti convulsivi. La gente accorsa narra che anche Virginia gettò un grido il quale precedette di poco un accesso convulsivo a grandi movimenti, nel mentre questi del pari si verificavano nella compagna. Aggiungono gli astanti che entrambe convellevansi nei modi più strani, mandando grida di rabbia e di furore, che i bulbi oculari erano in preda a nistagmo, che il viso era cianotico, che la lingua era sporgente dalla bocca. Dopo circa dieci minuti di convulsione giacquero le due inferme spossate ed in preda a vaniloquio nel quale si alternavano rapidamente il pianto ed il riso. Trascorso ancora un quarto d' ora, le inferme si tro-

varono in grado di rispondere alle domande ma lo fecero in modo incerto ed incoerente, come di persone per metà addormentate, così dicono gli astanti. Messe in seguito a cognizione del fatto, si mostrarono maravigliate e solo dissero d'aver provato un gran dolore allo stomaco, tanto più che questo, unitamente al dolore ipogastrico, persisteva ancora. Il giorno dopo e quasi alla medesima ora si verificarono in entrambe gli stessi fenomeni, con questo di diverso che la sensazione dolorosa, che si potrebbe chiamare aura, si dipartì dalla regione ovarica (in Speranza a destra, in Virginia a sinistra), per montare poi successivamente allo stomaco, alla gola, al capo.

Due giorni dopo si verificò un terzo accesso che cominciò in Virginia un quarto d'ora prima che in Speranza. Il medico curante dott. Missiroli fu spettatore di questo accesso e dice di aver notato il grido prodromico dell'accesso e le convulsioni a grandi movimenti, con atteggiamenti strani delle mani, del viso, con protrusione della lingua.

A questo punto le due inferme furono separate e Speranza rimase sola, completamente libera dagli accessi per tutto il tempo che non vide la compagna. Questa invece ebbe l'accesso quasi tutti i giorni, finchè si decise e volle a tutti i patti tornare in compagnia dell'amica e ciò fu. Sul far della sera fu presa dal solito accesso ed eccoti allora insorgere in Speranza i fenomeni dei giorni scorsi. Le due inferme rimasero sempre insieme e da quel giorno ebbero ogni sera l'accesso, il quale si andò gradatamente mitigando per intensità e durata finchè scomparve. La prima a migliorare fu Speranza e Virginia ebbe un ultimo accesso (che potremo chiamare abortivo) da sola, mentre nel giorno antecedente si verificò l'ultimo accesso in entrambe.

Questi ultimi accessi furono quasi insignificanti e si manifestarono con qualche po' di smania, singhiozzo e sensazione di bolo alla gola. Però nei primi accessi di questo secondo periodo, cioè da quando Virginia si riunì alla compagna, i grandi movimenti assunsero notevoli proporzioni. Le due inferme, a detta del medico, dott. Missiroli e degli astanti, eseguivano salti dal letto alla credenza, facevano capriole, giuocavano di equilibrio sui mobili. Speranza fu vista più volte ritta sopra un regolo della credenza sostenere tutto il corpo mediante l'alluce del piede destro. A questa sfuriata ginnastica teneva dietro un periodo di vaniloquio e di ricordi della vita passata per parte di Speranza, mentre Virginia rimaneva mesta e taciturna.

Venutomi tutto ciò all'orecchio in modo assai vago ed indefinito, mi recai sul luogo, dopo aver tenuto parola col medico curante, per poter discernere il vero dall'esagerato o dal mistificato. E qui debbo aggiungere come l'opinione quasi generale di quegli abitanti accenni alle solite storie di stregherie e di influenze diaboliche. Al mio arrivo alla casa dove abitavano le due fanciulle, Speranza si fece a pregarmi caldamente affinchè la facessi guarire. Virginia mi si manifestò confusa, timida ed incerta. Mi sono recato molte sere in quel luogo, ma non ebbi l'opportunità di vedere nessun accesso giacchè, l'ultimo assai lieve, si manifestò (in Virginia soltanto) subito dopo la mia prima visita.

Qui trovo opportuno il riferire i risultati degli esami obbjettivi eseguiti ripetutamente e variati, affine di poter evitare ogni simulazione.

1.° Speranza B.... piccola, ben nutrita, di carnagione bianca; di pelo biondo. Non si riscontrano cicatrici nè irre-

golarità dello scheletro. I toni cardiaci sono netti, il ritmo cardiaco è regolare. Fegato, milza e polmoni normali.

Sistema nervoso. — Poco sviluppato il senso del pudore, perchè non fa nessuna difficoltà a denudarsi completamente. La metà sinistra del corpo percepisce normalmente le sensazioni tattili, dolorifiche e termiche, le quali vengono esageratamente avvertite a destra. Infossando appena la mano nel ventre in rispondenza della regione ovarica destra, l'inferma avverte un forte dolore, il quale del resto persiste in lieve grado anche senza che si eserciti la pressione. Esaminando attentamente tutta la superficie del corpo non ho potuto rinvenire alcuna di quelle *zone isterogene* descritte dal Gaube, la cui pressione è capace di determinare l'accesso convulsivo. Ho rinvenuto invece, ma soltanto sul lato destro del corpo, alcune *zone dolorose*, toccando appena le quali si determinava vivo dolore.

Queste zone sono le seguenti.

1.° Alla parte superiore nella mammella;
2.° Alla piega del cubito;
3.° Alla regione scapolare;
4.° Alla regione ovarica;
5.° Alla regione lombare.

Non mi è stato possibile provocare nessuna delle fasi dell'ipnotismo, mettendo replicatamente in opera i più comuni mezzi ipnotigeni. L'esame degli organi dei sensi riescenegativo. I riflessi tendinei sono alcun poco esagerati. L'emiperestesia destra e le zone dolorose sono sempre andate decrescendo d'intensità e non è rimasta ben palese che l'ovarialgia destra.

2.° Virginia B.... piccola, magra, bruna, sistema pilifero poverissimo, petto poco sviluppato. Cicatrici da scrofola. Considerevole tumore splenico. Intelligenza ottusa. Sviluppato il senso del pudore. Ai primi esami mi si rivelò spiegatissima una emiperestesia ed ovarialgia sinistra,

le quali si sono andate modificando fino a scomparire, per apparire poi al lato destro del corpo, ove tuttora debolmente rimangono.

Zone dolorose riscontrate:

Regione sottomammaria destra;
» scapolo-vertebrale destra;
» lombare destra;
» » sinistra;
» ovarica destra;
Piega del cubito destro;
» » sinistro;
Piega poplitea destra;
» » sinistra.

Esistono inoltre due zone anestesiche ben distinte: una di queste trovasi alla regione interna della coscia sinistra ed è grande quanto una piccola mela. L'altra grande quanto uno scudo, trovasi al polpaccio della gamba sinistra. Entrambe queste zone hanno confini ben netti colle zone di comune sensibilità. Anche in quest' inferma non ho potuto provocare nessuna delle così dette fasi dell'ipnotismo. Facendole fissare a lungo un oggetto brillante ho potuto ottenere un periodo di sonnolenza, ma senza ipereccitabilità neuro-muscolare, dal quale l' inferma ben presto si è risvegliata. I riflessi tendinei sono esagerati.

Esaminando ora i dati raccolti tanto anamnestici che sintomatici, non vi ha alcun dubbio che qui si tratti di una forma di grande isterismo e precisamente di quella varietà conosciuta sotto il nome di forma demoniaca. Abbiamo avuto gli atteggiamenti strani del viso e degli arti e gli accessi di rabbia e furore, al punto tale che gli astanti consideravano le due inferme come indemoniate. Ed infatti, come insegna Charcot, le inferme affette da questa forma riproducono nei tratti principali la descrizione che ci hanno lasciato gli autori intorno ai così detti posseduti dal demonio;

di cui la storia del medio evo è piena. È del pari in questa varietà che per lo più manca il periodo epilettoide, come infatti si è verificato nei nostri casi.

Ora esporrò poche considerazioni circa la probabile causa degli accessi convulsivi nelle due ragazze.

L'accesso si è verificato per primo in Speranza, soggetto molto neuropatico e perciò predisposto. Virginia non era una donna molto eccitabile, anzi era alquanto torpida e, se era neuropatica, lo era forse nel senso di una cattiva nutrizione degli organi nervosi. La vista dell'accesso in Speranza, può aver indotto in Virginia, terreno già debole e quindi in certo modo predisposto, una profonda modificazione conforme forse a quella avvenuta nella compagna.

La storia ha registrato dei casi di uno o più individui i quali hanno finito per subire lo stesso delirio di un individuo che aveva su di esso e su di essi molta influenza. Quello che dicesi pel sintoma delirio va detto per le più svariate manifestazioni della neurosi isterica e di altre ancora. I casi di endemie e di epidemie isteriche e coreiche sono troppo noti perchè io stia a ricordarli. Notiamo solo che nel nostro caso vi aveva un essere altamente influenzante ed un essere influenzato, anzi devoto al primo e che di giunta l'individuo influenzato era debole ed anemico. Inoltre questi due individui trovavansi da qualche giorno assieme e già in essi si era osservato qualche prodromo psichico. L'accesso scoppiò in un periodo in cui Speranza non era affatto socievole all'infuori che colla compagna, assieme alla quale essa allontanavasi dagli altri lavoratori per poter parlare di cose a lei piacevoli.

Senza entrar punto nelle oscurissime questioni patogenetiche del contagio morale e nervoso, notando che mille prove ne affermano l'esistenza, credo che

all'uno e all'altro potremo attribuire lo scoppio quasi simultaneo degli accessi (1).

A chi credesse che l'accesso *a due* fosse una mera coincidenza e che questo si fosse potuto verificare in entrambe le inferme isolatamente, io metterò subito sott'occhio l'ulteriore andamento della malattia. Ricorderemo che, dopo alcuni accessi *a due*, Virginia andò a casa sua dove ebbe frequenti accessi, mentre Speranza ne andò immune; poi di nuovo Virginia tornò a casa di Speranza ed ecco di nuovo gli accessi *a due* che si andarono gradatamente mitigando finchè scomparvero quasi contemporaneamente in entrambe.

Qui noi vediamo che il soggetto influenzato (Virginia), dopo aver subito gli accessi per contagio, ha seguitato a subirli anche da sola nella propria casa. Dipende ciò forse da condizioni somatiche poco lodevoli rispetto a quelle della compagna? Io credo che sì.

Speranza alla sua volta ha subìto gli accessi della compagna quando questa si è recata a trovarla, ma però ha dato per prima segni di mitigamento e di scomparsa dei fenomeni, il che può aver potentemente contribuito alla guarigione dell'altra.

Dunque per tre volte si tratta di contagio: nell'esordire, nel decorrere, nel cessare della forma. Nella più giovane delle due inferme, che trovavasi in condizioni fisiche buone, abbiamo avuto una risoluzione pronta dei fenomeni; nell'altra invece, gracile ed amenorroica, la risoluzione si è avuta in un modo più lento e più subdolo; in questa l'isteria locale si è soltanto modificata lasciando prima osservare i fenomeni del

(1) Despine e Rambosson si sono occupati più o meno metafisicamente della questione del contagio nervoso, la quale formò argomento di una memoria del dott. Vigna intorno al contagio della pazzia ed al principio che, secondo lui, governa la guarigione dei pazzi nei Manicomj.

transferto ed ora persiste in essa un po' d'iperestesia e di ovarialgia a destra.

Da circa un mese le due ragazze non hanno più avuto accessi nè unite nè separate; i fenomeni sono totalmente scomparsi, persiste però sempre in debol grado l'ovarialgia.

Quanto alla cura dirò che furono prescritte diverse specie di bromuri, ma non è certo se i parenti le abbiano somministrate alle ragazze, giacchè essi credevano soltanto ad influenze diaboliche. Piuttosto il vedersi prese in considerazione da un medico come inferme curabili può aver prodotto in esse, già impaurite del male, e dalle sobillazioni superstiziose dei parenti e vicini, una impressione rassicurante che abbia agevolato la guarigione che era già in corso, ma nulla più.

Ora poche parole sul contagio come possibile mezzo terapeutico. Infermi della specie di quelli di cui si è parlato sono sempre ed in ogni periodo da tenersi divisi? Io ritengo necessaria la separazione degli infermi nel *maximum* delle loro crisi e quando l'essere influenzato non potrebbe che sempre peggiorare. Eseguita la separazione ed ottenuto un buon esito tutto sarà finito; oppure non si modificano le condizioni o si aggravano e allora si seguiterà sempre a tener gl'infermi divisi. Ma se i fenomeni si sono soltanto mitigati e persistono però anche come tali in uno od in entrambi gl'individui, si potrà io credo tentarne l'avvicinamento per vedere se, come nascono e si esacerbano per contagio i fenomeni, essi del pari per contagio si mitighino; che se invece si esacerbano non si tarderà ad eseguire di nuovo la separazione. Il caso descritto conforterebbe a fare degli esperimenti in proposito in tutti i casi consimili.

La sensibilità tattile o meglio il senso locale negli alienati — *per il dott.* G. ALBERTOTTI, *medico ordinario nel R. Manicomio di Torino.*

La vita, l'organizzazione animale e la sensazione non sono che semplici espressioni, le quali racchiudono in sè un' idea sola, cioè quella dell' esistenza di una delle tre forme della materia, giacchè non si può concepire nella nostra mente uno di questi attributi, o fenomeni della medesima senza comprendervi anche gli altri due; ma fra questi la sensazione nel suo esplicarsi, a differenza degli altri due attributi abbisogna di un atto più apparente e manifesto ai nostri sensi, il quale si compie col concorso di un' altra materia estranea sotto qualsiasi forma, contro cui reagisce per costituirsi in giusto rapporto ed armonia col mondo esterno e continuarne la sua esistenza. Quindi è che se l' animalità percorrendo l' immensa scala delle sue manifestazioni si inizia quasi con una semplice cellula e va sino alla più perfetta organizzazione dell' uomo, anche la sensazione dal semplice atto di moto riflesso determinato da qualsiasi causa interna od esterna, e sotto qualsiasi forma, va pur essa al grado non solo di mettere in atto l' esistenza dell' individuo, ma di creare entità stabili chiamate idee come espressioni rappresentanti l' attività cosciente delle cellule cerebrali.

Cotali espressioni od idee poi, a loro volta, in forza della capacità retentiva, reviviscente, differenziante od assimilante e comprensiva di queste cellule, si associano, si generalizzano, e possono così passare allo stato di astrazione, per cui la sensazione, fenomeno iniziale, resta come obliata nella determinazione degli

atti consecutivi, abbenchè ne sia necessariamente la base ed origine remota, ammesso anche nel puro senso ontologico che l'idea sia l'effetto di una causa prima eccitata dagli oggetti come conseguenza delle nostre impressioni.

Questo modo di considerare la sensazione non è che un' idea generica quale punto di partenza degli esperimenti che io intendo esporre come mezzo fra i più accertati per la pratica diagnostica delle frenopatie.

Perocchè questo fenomeno *sensazione* sebbene inscindibile nelle sue varie manifestazioni che si possono ritenere come tanti atti successivi l'uno all'altro, e fra di loro strettamente uniti, nulla osta però che analizzandolo separatamente si possano fare alcune considerazioni sopra una speciale forma della sensibilità generale, cioè della sensibilità tattile quale attributo dell'organismo determinante un tale atto, per vedere quale possa essere il rapporto fra i due atti più essenziali della vita umana, cioè della sensibilità e dell'intelligenza, tanto nello stato normale quanto patologico.

Lasciata quindi a parte ogni discussione sulle ipotesi emesse dai fisiologi intorno al modo con cui vengono trasmesse al comune sensorio le varie impressioni tanto interne quanto esterne, cioè se dalla qualità degli oggetti impressionanti, o da una energia particolare dei nervi, o da una diversità di cellule speciali dei centri nervosi, possiamo adottare la più ordinaria divisione della sensibilità interna ed esterna, suddividendo poi questa in sensibilità tattile propriamente detta, o localizzata, in sensibilità della pressione, del dolore e della temperatura.

Intanto però fa d'uopo prima di passare allo studio differenziale estesiometrico fra le persone sane ed alienate di mostrare che la sensazione, la quale noi loca-

lizziamo sul sito sopra di cui un oggetto produce la sua impressione della sensibilità tattile, visiva, acustica, ecc., non si concretizza, non si avverte, ossia non si percepisce che nel cervello, essendo che la fibra nervosa, la quale dal cervello va alla periferia, non è altro che un semplice conduttore dell' impressione ricevuta, e sta poi al cervello di discernere la natura dell' impressione, la quale a forza di ripetersi scolpisce, per così dire, nella coscienza tutta la topografia od immagine della superficie cutanea.

Infatti, la fisiologia sperimentale ci dimostra che separato il nervo ottico, per esempio, od annullato o sospeso in qualunque modo il funzionamento dell' occhio, tuttavia sotto la pressione d' un urto esterno o di un perturbamento cerebrale interno, o sotto l'azione dell'elettrico si svolgono fenomeni luminosi malgrado l' assenza dell' impressione della luce; lo stesso dicasi di quel fenomeno ben noto, per cui una persona toccata in una parte qualunque del corpo mentre trovasi impegnata a discorrere seriamente, e calorosamente con un' altra non sempre l' avverte, e nega di essere stata toccata, e ciò perchè nell' atto dell' impressione le funzioni cerebrali esclusivamente in atto per dirigere la discussione, l' impressione tattile non potè essere valutata dal cervello, non bastando il comune sensorio ad elaborarla e ritenerla contemporaneamente.

Uno dei fatti più decisivi al riguardo ci vien dato dalla patologia chirurgica osservando che sovente il cervello avverte impressioni sopra di un membro che venne tolto, amputandolo, mentre il nervo tronco al moncone del braccio o della gamba, sebbene sia desso che riceve l' impressione e la trasmette al cervello, tuttavia questa non è avvertita al moncone, ma al piede od alla mano più non esistenti; così dicasi di quel

fatto abbastanza curioso di rinoplastica per cui durante lungo tempo ancora dopo l' operazione il paziente riferisce alla cute della fronte l'impressione subìta sopra la cute frontale importata sul naso, perchè fin allora dietro l' esercizio e l' esperienza il cervello aveva percepito l' impressione della cute sulla regione frontale, ma non aveva ancora imparato a riferirla sul naso.

In un ordine poi di fenomeni ancor più vasto desunto dalla patologia nervosa, si appalesa con tutta evidenza la sinergia funzionale fra l' attività intellettiva e l' attività sensibile, la quale forma il movente di queste osservazioni.

Già verso la metà del presente secolo il Courant aveva constatato l' anestesia nella paralisi generale in tutte le sue fasi (Vedi *Ann. psycholog.*, 1846, p. 132).

D'altronde è pur noto come fatto acquisito alla scienza, che in tutte le alienazioni mentali havvi sempre un certo qual grado di ottusità e pervertimento della sensibilità, anche quando le lesioni organiche sono nulle per lo meno relativamente a quelle che sono percettibili, come avviene nella paralisi generale sempre associata ad un' encefalite.

Intanto però vi sono alcuni fatti che oltre dimostrare la surriferita relazione in genere svelano poi un vero sdoppiamento della sensibilità stessa, mettendo in evidenza le varie sue modalità, cioè della pressione, del dolore, del tatto e della temperatura.

Accennerò di volo come nel sonnambulismo l' analgesia generalmente forma uno dei fenomeni di questo stato anomalo del cervello, mentre sussiste il senso del tatto con cui i sonnambuli palpano e riconoscono gli oggetti, la qual cosa servì di criterio ad alcuni coraggiosi chirurghi per tentare dolorose operazioni in ammalati artificialmente ipnotizzati. (Vedi *Recherches*

spérimentales et cliniques sur la sensibilité, de Charles Richet).

L'isterismo che attualmente forma l'oggetto di tanti e svariati studj esperimentali porge un' idea del rapporto fra l' intelligenza e la sensibilità cutanea, riflettendo sopra la mobilità delle analgesie miste qua e là colla conservazione della sensibilità tattile, lo che si accorda perfettamente col carattere fantastico e volubile dei pensieri che si estrinsecano in questa frenosi.

Fra le affezioni psichiche analgesiche puossi poi annoverare come tipo la lipemania stupida, di cui riporterò un caso degno della più alta riflessione riguardo al suaccennato rapporto e sdoppiamento della sensibilità esterna.

Trattasi di un ecclesiastico in età d'anni 32 circa, oriundo d' una delle più grandi isole del Mar Tirreno, caduto senza causa apparente verso la metà del p. p. ottobre in uno stato di lipemania angosciosa, accompagnata da frequenti sospiri, sbadigli e da pianto infrenabile. Al suo ingresso nel Manicomio, il 24 dello stesso mese, era agitatissimo, allucinato, presentava un po' di gastricismo, era di color pallido, denudrito, quasi anemico. Poche ore dopo si calma e nella notte dorme sonni interrotti. Al mattino del 25 racconta, e scrive dietro invito, le malattie sofferte, asserendo che all' età di 8 anni circa ammalò di febbre tifoidea, e che nell' età di 24 anni, durante alcuni mesi, era molestato da mal nervoso, per cui non poteva più occuparsi di cosa alcuna, nè leggere, nè scrivere, e che talvolta gli mancava l' appetito, e talvolta mangiava con avidità.

Ricorda inoltre i fenomeni in lui avvenuti durante lo sviluppo dell' attuale sua malattia, dicendo che ne era bensì conscio ma incapace a frenarli. Lungo questo giorno (25 ottobre) fino alla sera del 1 novembre successivo a notte ricade in accesso di sospiri e di pianto, si getta bocconi a

terra, si alza, passeggia e difficilmente si può indurre a soffermarsi, e dare qualche risposta anche interrogandolo con insistenza, mangia pochissimo, prende qualche bagno generale, gli si fanno alcune injezioni ipodermiche d'idroclorato di morfina ma con poco profitto.

Nella notte poi dal 1 al 2 novembre è affatto insonne, immobile, supino, non parla, non piange, non grida, ed al mattino lo trovo nella perfetta stupidità, cogli occhi chiusi, nè potei sollevando le palpebre superiori vedere la pupilla, avendo l'occhio rivolto convulsivamente in alto.

Durante un cotale periodo che si protrae fino al mattino del giorno seguente, ne esperimentai la sensibilità cutanea infiggendo profondamente alcuni aghi in varie parti del corpo, e gettai con violenza acqua gelida sul viso senza ottenere il minimo indizio di aver eccitata qualche sensazione, ne alzai un braccio senz' alcun sforzo, ed il malato lo tenne lungamente nella posizione datagli, e finalmente gli solleticai la pianta dei piedi, per cui ne insorsero bensì sussulti alle estremità, ma nessun cambiamento nella fisionomia che mi potesse indicare qualche riflesso ai muscoli della faccia.

Finito quest' accesso, al mattino del 3 novembre il malato con aria allegra e soddisfatta chiede cibo, dicendo di aver molto fame, ed interrogato del perchè nel giorno antecedente non voleva parlare, non mi sa dare risposte ben precise, ma eccitato a dirmi se si accorse delle punture fattegli collo spillo, risponde che vedeva e sentiva tutto, e sollecitato a dirmi se sentiva anche dolore, asserisce che si accorgeva di essere toccato collo spillo ma che non soffriva dolore, e che quando lo solleticava ai piedi sentiva delle scosse alle gambe ed alle braccia che erano involontarie, ma che non gli davano sofferenze.

In questo caso di una transitoria sospensione di alcune manifestazioni dell'attività cerebrale appare evi-

dentissima la sinergia psico-sensitiva, sceverandosi nettamente le due forme della sensibilità, cioè, tattile e dolorifica percepite e poi ricordate, lorchè scomparve come per incanto la causa che teneva sospesa la mente nell'estrinsecare le accennate forme sensitive.

Un altro fatto non meno interessante lo raccolgo in un calzolajo ambulante ricoverato in questo Manicomio già da circa due anni; alcoolista con predisposizione ereditaria alla pazzia dal lato materno (l'avo materno si suicidò appiccandosi): esso pure tentò di suicidarsi segandosi la gola con ferro del mestiere.

Al suo ingresso presentava una forma lipemaniaca persecutoria con spinte morbose all'omicidio ed al suicidio, ed ora già da lungo tempo si trova in un periodo di agitazione remittente, clamorosa. Costui, sul principio di novembre col sigaro acceso a guisa di un moxa eseguì sopra le porzioni più sensibili del suo corpo 70 e più escare, in parte sulla faccia anteriore e interna del braccio sinistro, in parte sulla faccia anteriore delle coscie, sul capezzolo delle mammelle e sulla mucosa del prepuzio, della larghezza di circa un centimetro e mezzo caduna ed approfondantesi oltre lo spessore del derma senza dare il minimo indizio di cotali operazioni, eludendo completamente la vigilanza degli infermieri.

Riconosciuta poscia tal cosa, ed interrogato il malato in qual modo potè resistere a tanta barbarie contro sè stesso, e se soffriva grave dolore in tale atto, mi risponde che sentiva bensì un po' di male, ma che ciò dovevasi fare per espiare le sue pecche, e quindi ottenere di uscire.

Riflettendo sopra questo fatto d'ipoalgesia mi determinai di cogliere un momento per esaminare esperimentalmente coll' estesiometro il ricoverato, e potei rilevare che era bensì fornito di un senso locale alquanto più ottuso di quello presentato da altri, ma che invece gli era insensi-

bile la trafittura con uno spillo varcante lo strato tegumentale fino allo strato muscolare.

Nè certamente può recare meraviglia il fatto narrato da Tito Livio di quel cittadino romano di nome Muzio Scevola, che per dimostrare all'etrusco invasore di Roma la sua intrepidezza, e l'animo deliberato di tutto affrontare pur di salvare la patria, lanciò e mantenne la mano destra sul rogo già preparato per sacrificarlo; perocchè il sommo storico e filosofo nel riportare un tal fatto quasi preconizzando l' osservazione clinica di tempi a noi più vicini lo espresse con un'esattezza scientifica impareggiabile in quelle parole: *quam (manum) quum velut alienato ab sensu torreret animo*, cioè, mentre si ardeva la mano quasi fosse privo di senso, come era facile a supporsi fosse in tale stato, riflettendo che, in quel momento l'intrepido guerriero sdegnato dello sbaglio nell' uccidere il ministro invece del Re, circondato dalle fiamme per l' imminente sacrifizio, e già bersagliato dall' affanno con cui giunse fino al Re, bravando la vigilanza delle scôlte nemiche, doveva necessariamente trovarsi in così forte emozione da precipitarlo in vero accesso di pazzia transitoria.

La sinergia funzionale fra l' intelligenza e la sensibilità termica non è meno palese delle altre modalità in alcune forme psicopatiche, e senza parlare del calore soggettivo così frequentemente osservato nei pellagrosi, mi piace riferire l' esempio di un demente paralitico tuttora degente in questo Manicomio, in età d' anni 50 circa, di condizione civile, e predisposto alle affezioni nervose dal lato materno, il quale in qualunque stagione dell' anno non si copre che delle lenzuola, tiene sempre aperta la finestra della camera mentre si leva, o mangia, e si veste pure leggermente, lagnandosi ancor sempre che tanto dentro come fuori

della camera fa sempre troppo caldo. D'altronde però la sensibilità tattile trovasi relativamente più spiccata ed avverte benissimo, ed anzi prova una sensazione disgustosa qualora venisse toccato con un corpo molto freddo.

A conferma di questa osservazione potrei addurre molti fatti di simil genere che a volta a volta si osservano in questa biblioteca parlante di ogni aberrazione sensoria, che si chiama Manicomio, ma sembrami dover preferire la relazione di un caso di lipemania terrifica, con paure di eterna dannazione, associata ad iperestesia della termogenesi della vista e del tatto, gentilmente comunicatomi dal dott. cav. Porporati, già medico primario in questo Stabilimento, e di cui io gli rendo sinceri ed infiniti ringraziamenti.

La trascrivo integralmente col consenso dell'Autore, sia per porre sott'occhio l'espressione scientifica e sincera di un osservatore così coscienzioso e perspicace, sia per maggiormente avvalorare le mie proprie osservazioni.

Giovanni M., di Bene, d'anni 46, ammogliato con prole e contadino, entrò nel Manicomio di Torino addì 4 luglio 1859, fu trasferto a Collegno il 5 ottobre 1864, dove morì li 16 maggio 1866.

Egli era affetto da lipemania terrifica con fissazione di esser posseduto dal demonio, paura dell'eterna dannazione e con relative allucinazioni della vista, del tatto e della termogenesi.

Aveva statura alquanto più elevata dell'ordinaria, forme corporee regolari e costituzione robusta. Portava nella fisionomia l'impronta di profonda tristezza, anzi della costernazione, ed interrogato, si accusava di delitti immaginarj, d'essere in possesso del demonio e dannato all'in-

ferno, per cui e di giorno, e di notte in cui era per lo più insonne, versava sempre in una tormentosa inquietezza ora più ora meno intensa.

Al mattino, qualunque fosse la stagione, perciò anche nel freddissimo inverno, si alzava e non d'altro coperto che della camicia, camminava nella stanza o nel corridojo, frettoloso, dicendo che abbruciava. In certe ore questo senso di bruciore interno ed esterno, gli si accresceva in modo da sembrare che versasse in un rogo ardente, perciò correva, si dibatteva, si arrotolava per terra, e se non impedito anche nella neve, onde smorzare l'ardore che lo spingeva alla disperazione.

Intanto la sua temperatura *ad tactum* non offriva un aumento straordinario se non quando per la grande agitazione si accelerava la respirazione e la circolazione sanguigna, ed in modo secondario anche la termogenesi.

La sua affettività per la famiglia non era spenta ma oppressa ed alterata dal delirio, ed al nome della moglie e dei figli si struggeva ancora di maggior dolore.

In aprile 1865 essendosi mostrato alquanto più calmo potè essere applicato a qualche lavoro, ma fu per poco tempo.

Addì 29 maggio 1865, gli si fece prendere un bagno di tre ore e si ripetè più volte nei giorni consecutivi, e gli si amministrarono continuamente calmanti, ma non migliorò minimamente, e nel Diario è notato: « grida sempre che abbrucia, che è in possesso del demonio e di varj spiriti maligni per opera di un uomo di suo paese, e ripete che è agitato e tormentato come anima dannata. »

Ad onta di un così intenso delirio triste, ed altre cause morbose, si nutriva ancora discretamente e si manteneva in mediocre salute fisica, però nel Diario si nota:

« 22 Aprile 1866. Tiene il letto da due mesi per enterite lenta con diarrea, è in pessimo stato fisico per estrema

emaciazione ma il morale è sempre lo stesso, la paura e la fissazione di essere abbruciato sussiste sempre allo stesso grado.

« 13 Maggio 1866. L' emaciazione è al sommo grado, compajono alcuni punti cangrenosi alla gamba sinistra, probabilmente per embolismo dell' arteria crurale, il malato è agli estremi.

« 16 Maggio 1866. Morte pei progressi del marasmo e della cangrena dopo tre giorni d' agonia. »

Non si fece l' autopsia a motivo della troppa inoltrata putrefazione.

11 Novembre 1882. Dott. *Porporati.*

Finalmente, se dal campo clinico si passa alla pura osservazione fisiologica per mezzo di sostanze che agiscono in particolare sui centri nervosi, trovasi constatato che, il cloroformio mentre attutisce completamente ogni sensazione dolorosa, onde si possa sopportare impunemente qualche operazione chirurgica, sovente lascia percepire ancora la sensazione del tatto dell' istrumento feritore.

Riconosciuto e dimostrato il rapporto funzionale fra l' intelligenza e la sensibilità esterna e restringendo l' argomento al puro studio del senso locale, o meglio dello spazio, oggetto principale di questo scritto, sarà d' uopo determinare il concetto anatomo-patologico con cui si ravvisa il senso del tatto.

Ogni fibra giunge dalla periferia al centro senza comunicazione colle altre perchè altrimenti vi nascerebbe confusione al pari che nel filo telegrafico, che non potrebbe portare distinte trasmissioni ove questo comunicasse e fosse confuso cogli altri (vedi: *I sensi dell' uomo*, di Giulio Bernstein, p. 22).

La manifestazione centrica poi o meglio la registrazione delle sensazioni nel cervello non potendosi finora

spiegare coi dati anatomo-fisiologici, dobbiamo limitarci, secondo l'opinione del precitato fisiologo, a considerarla quale estrinsecazione della più squisita attività psichica.

Questa sensibilità tattile a prima vista costituirebbe un fatto semplicissimo, ma come si osservò più sopra, abbisogna del concorso di più fattori, quali sono lo stato normale della periferia cutanea, del nervo conduttore, e del centro nerveo percipiente per mantenere un giusto equilibrio di rapporto col mondo esterno, e d'altronde si estrinseca con varj gradi e sotto diverse forme, che svelansi colle osservazioni e coll' esperimento.

Perocchè noi dalla pura osservazione ci accorgiamo già approssimativamente che questa sensibilità varia a seconda delle varie regioni cutanee con cui noi ci mettiamo a contatto delle obbjettività esterne, e ne sia esempio la superficie anteriore del corpo che generalmente è più sensibile della posteriore, sebbene non sia possibile misurarne i gradi coi soli nostri sensi. Questa grossolana valutazione però trovò il suo interprete quasi matematico nel Weber che graduandola le diede un termine più preciso sotto il nome di *senso locale*, per distinguerlo dal senso di pressione e dal senso di temperatura che formano due risultati del tutto ben differenti dal primo, giacchè nè l' uno nè l' altro vanno d' accordo nella loro produzione di sviluppo col medesimo.

Questa gradazione Weberiana consiste nel mettere a contatto della pelle le punte un po' ottuse di un compasso, da cui risulta che in alcune regioni della pelle queste due punte per dare una sensazione sola fa d' uopo, come nella punta della lingua, della distanza di un millimetro, di due alla punta delle dita, al dorso di 60 millimetri, dando luogo a tanti circoli

speciali di sensazione del tatto, il cui diametro (1) è misurato dalla distanza dei due punti estremi oltre cui si arriverebbe alla sensazione di due punti separati.

Finora la spiegazione di questo fatto non si fonda che sopra semplici ipotesi, riflettendo particolarmente che il grado di sensibilità può modificarsi colla semplice esperienza, coll'uso, ed a seconda della temperatura esterna.

Ma comunque sia, sta il fatto che la sintesi percettiva di questa combinazione sensoria sotto il nome di *senso locale del tatto* si fa nel cervello e che perciò le sue alterazioni organiche e funzionali, unite o no all'alterazione dei nervi sensorj, come risulta dal rapporto dimostrato più sopra fra la sensibilità cutanea e la intelligenza, può perturbare, pervertire, modificare in qualsiasi modo la percezione del senso tattile.

Il pervertimento del tatto (che avrebbe un riscontro nell' asseverazione di taluni mentecatti che si credono masturbati o sputacchiati da qualche persona immaginaria) non si può valutare nelle sue gradazioni così come non si può valutare il pervertimento del gusto, dell' olfatto, ecc.; ma tale difficoltà di gradazione del senso locale potendosi superare coll'estesiometria onde riconoscere le differenze dallo stato normale, quando oltre le accennate circostanze di eccessivo esercizio, o di temperatura concorrono le varie condizioni morbose del cervello a modificare il senso tattile localizzato, credei opportuno di devenire ad alcuni esperimenti

(1) Si avverta che non sempre questo diametro è quello di un vero circolo, perchè siccome il senso dello spazio in generale è più squisito trasversalmente che longitudinalmente, ne avviene per conseguenza che lo spazio determinato (in ispecie nella faccia anteriore dell'antibraccio) dalle punte del compasso poste nelle varie direzioni deve avere una forma *elissoide* con l' asse maggiore nella direzione longitudinale.

sulla misura di detto senso riscontrata in varie forme di pazzia, confrontandola con altri esperimenti fatti sopra l' uomo sano di mente in eguali condizioni di vitto e d'ambiente. Se non che, prima di addivenire ad una sintesi pratica di questi studj devo ricordare che il senso del tatto, il quale si risolve pure nel senso di pressione, non resta modificato nella percezione delle distanze dalla varietà del peso dell'istrumento, il qual peso rappresenta appunto la pressione. Perocchè, come osservò il Weber, il grado del senso locale non va di pari passo con quello della pressione, avendo verificato l'illustre fisiologo che alla punta delle dita, per esempio, il senso della pressione è solamente un po' delicato, mentre il senso locale è nove volte più fino. Ciò però se ben si riflette non vuol significare che nel misurare la sensibilità tattile riguardo allo spazio si debba tener calcolo della pressione (peso) dell' istrumento e della forza con cui sovente deve l' operatore premere (nuovo peso) sulla cute per destare l' impressione del senso locale da registrarsi poi nel cervello, ossia nella coscienza, perchè se la sensibilità tattile per la distanza delle punte non è modificata dal maggior o minor peso, resta però diverso l'apprezzamento a farsi riguardo alla maggiore o minor facilità d'impressionare la fibra nervosa vitalizzante quel dato circuito di sensazione. Quindi è che quando si vuole avere un criterio di diagnosi per mezzo dell' estesiometria, bisogna fissare i termini di paragone ragguagliati alla forza, peso o pressione dell' istrumento che si adopera per produrre l' impressione (1).

(1) Per misurare il grado di pressione, e perciò il grado di stimolo da impiegarsi per destare l' eccitabilità, potrebbe convenire l' ottalmotonometro adoperato da Dov, Moniche, Donders, ecc., per apprezzare la tensione oculare, ed applicandovi

. Il limite di eccitamento, ossia il più piccolo peso che la pelle umana nello stato fisiologico è capace di percepire varia molto (giusta le ricerche di Aubert e di Kaumer) secondo le regioni.

Egli è di gr. 0,002 alla fronte, alle tempia, all' avambraccio, sopra il dorso della mano, e di gr. 0,04 a gr. 0,05 al mento, al ventre ed al naso. Inoltre le variazioni individuali di questo limite sono molto considerevoli (1).

È però ben vero che in questo caso le risultanze non sono che dati approssimativi, atteso che l' esercizio talvolta come nei ciechi può aumentare la squisitezza del senso in tutte le sue forme, e come pure sovente avviene nel pazzo, il quale non sempre è capace di esprimere con precisione la sensazione ricevuta, e che fa d' uopo ridestarla più fiate per averne un discreto e non fallace responso. Ma tuttavia mi sembra non privo d' interesse il riassunto fedele di tante replicate prove intorno alle principali forme psicopatiche accompagnate dall' indicazione dell' età, della statura, del peso dell' ammalato (2) e dell' istrumento (3).

anche lo stasimetro di Bitot con cui viene valutata la consistenza dei corpi molli.

Il Beunis nel suo *Trattato di fisiologia* descrive l' ago estesiometrico da lui inventato, col quale si può graduare nei limiti più estesi la pressione sopra una regione determinata della pelle.

(1) Vedi Wundt, *Fisiologia.*

(2) In ciascuna di queste categorie esaminate partitamente per ogni caso oltre l' età, statura e peso, si esamina pure il temperamento, la costituzione organica, la professione e le malattie sofferte. Ma ciò rendendo troppo prolissa ed ingombra di numerose cifre la presente monografia, lo accenno solo per ora, sperando di unire poi il tutto alla statistica decennale a redigersi, e che scade col 31 dicembre 1883.

(3) L' istrumento pesa grammi 23.

Sinora nessuna media estesiometrica di un numero alquanto considerevole di alienati, per quanto mi consti, puossi consultare intorno alle anomalie di sensibilità tattile, e che possa servire di norma nell' indagine diagnostica, non esistendovi per ora che la constatazione fisiologica determinata da alcuni autori, senza un relativo confronto collo stato patologico. Devo poi avvertire che l' esperimento nei pazzi fu sempre eseguito negli intervalli della maggior calma possibile e che in generale in esso non sempre le punte del compasso erano sentite, se non si comprimeva alquanto più che nei sani.

I numerosi esperimenti che si dovettero tentare onde poi sintetizzarli in questo quadro non possono certamente rappresentare dati assoluti, ma semplicemente approssimativi, come avviene di qualunque esperimento si tenti, trattandosi di rilevare fatti soggettivi nell' essere vivente, ciò dipendendo dalla varietà di idiosincrasia di ciascun individuo.

Ma comunque vada la cosa, la grossolana espressione di questo quadro ci porge sott' occhio fatti, i quali non fanno che confermare leggi ed osservazioni comuni.

Esaminiamolo. Da questo quadro si vedrà subito che nei sani la statura, il peso, la sensibilità, la forza muscolare, sono più sviluppate che non negli alienati; giova però notare che la statura nei sani di un metro e 700 millimetri, e nei malati di metri 1 e 615 mm. parrebbero troppo esagerate in confronto di quanto si nota nell'*Atlante statistico del Regno d'Italia* pubblicato nello scorso anno 1882, il quale dimostra la statura media del Piemonte di metri 1,624; ma basti il riflettere che i 30 sani presi per confronto sono tutti infermieri che si scelgono piuttosto di una statura

vistosa onde impressionare più fortemente l'animo morbosamente eccitato dei vesanici, e che riguardo alla statura dei malati (la quale in media supererebbe la media subalpina sovraccennata), dipende da che infra gli alienati posti ad esame non sono compresi gli idioti ed i cretini, che pure sono tenuti a calcolo nella statistica generale.

Anche intorno all'età trovasi una giusta proporzione di fronte all'epoca dello sviluppo delle varie pazzie. Difatti, noi vediamo che gli epilettici sono quelli che rappresentano l'età propria in cui suolsi l'epilessia associare a disturbi psichici, dopo di aver trascorso molti anni quasi isolata, e d'altronde conferma l'osservazione comune che l'epilessia abbrevia la carriera vitale, perchè sovente l'epilettico soccombe in conseguenza degli accessi. Ugualmente parlando dei maniaci e dei lipomaniaci, l'età media rilevata in questo quadro segna appunto l'epoca in cui l'uomo trovandosi nel pieno sviluppo della virilità, deve incontrare e sostenere le lotte più accanite della vita da travolgerlo facilmente nel sommo eccitamento dei suoi poteri intellettivi, o da farlo piombare nel più doloroso accasciamento del suo animo.

Così dicasi dell'età relativamente più avanzata dei pellagrosi, degli alcoolisti e dei dementi che rappresentano il risultato consecutivo di cause che lentamente e ripetutamente concorsero allo sviluppo della loro pazzia.

La diminuzione del peso degli alienati in confronto di quella dei sani conferma pienamente un fatto già da lungo tempo riconosciuto dai clinici, ma in questo quadro si riscontrano alcune differenze che valgono a spiegare certi caratteri speciali della pazzia. Perocchè mentre generalmente si osserva che nei sani il peso rappresenta in modo approssimativo tanti chilogrammi

quanti centimetri la statura supera in più il metro d' altezza, noi poi qui vediamo che il demente e il lipemaniaco pesano meno di tutti, poichè come ognuno sa, sovente questi rifiutano il cibo, o per lo meno sono molto restii a mangiare, e mangiano poco assai in confronto dei maniaci, epilettici, pellagrosi ed alcoolisti, che subiscono più raramente qualche periodo di sitofobia.

Un altro fatto non meno degno di considerazione si è che il pellagroso nel peso non sta al disotto dei quattro ultimi, e supera quello dei due primi, e ciò confermerebbe che fra i fattori della pellagra non possasi tenere come causa unica l' insufficiente nutrizione, ma che si debba ammettere altra sorgente più recondita probabilmente d' indole zimotica per averne una spiegazione alquanto ragionevole.

In quanto al grado di sensibilità tattile o locale, si vede pure che la diminuzione della medesima va d'accordo col grado di sconquasso maggiore o minore riscontrato nelle varie manifestazioni della pazzia; poichè il semplice lipemaniaco, il quale a fronte di tutti gli altri si avvicina di più alla media normale, è pur quello che presenta sovente nel decorso della sua forma morbosa minor turbamento e disordine, mentre che in tutte le altre forme havvi sempre qualche periodo di assoluta incoscienza, e queste sono sempre complicate più o meno da lesione di motilità.

Anche riguardo alla dinamometria i risultati vanno a seconda dei caratteri più spiccati di date forme vesaniche, constatandosi che l' epilettico ed il maniaco tanto per l' età come per la forma morbosa estrinsecano sovente momentaneo sviluppo di forza muscolare in paragone degli altri alienati, sebbene poi ambedue stiano al disotto di quella dei sani.

Data così una rapida scorsa a ciascun fenomeno preso

ad esame, e rilevatone il nesso fisio-patologico tra il sano e l'alienato, giova notare quanto da tutti questi dati appaja evidente la profonda modificazione che si va lentamente sviluppando nell'esistenza dell'alienato, confermandosi l'antico aforismo, che la pazzia è una vera affezione *totius substantiæ*, implicante non solo o stato funzionale del cervello, ossia i fenomeni cerebrali, ma ben anche l'intera compage organica. *Oh quantum mutatus ab illo!*

MEDIE DI CONFRONTO

fra N. 30 Sani, 30 Epilettici, 30 Maniaci, 30 Pellagrosi, 30 Lipemaniaci, 30 Dementi e 30 Alcoolisti.

	Media			Estesiometria				Dinamometria			
	Età Anni	Statura	Peso	Dorso delle mani	Punta delle dita	Fronte	Nuca	Pressione con ambe le mani	Colla mano destra	Colla mano sinistra	Trazione
Sani	29, mesi 8 e 12 giorni	1 70 1/2	68 3 k.	9 1/2	2 1/10	8 8/10	10 6/10	62 1/10	29 9/10	28 9/10	130 4/10
Epilettici .	29, m. 8	1 62 1/2	55 2/5	20	3	14	19 2/10	45 1/10	21 5/10	20 4/10	88
Maniaci . .	34, m. 8	1 64 1/2	57 2/5	20 2/10	2 4/10	13 9/10	19 5/10	48 8/10	20 8/10	19 8/10	92
Pellagrosi.	42	1 66 1/5	59 3/5	28 6/10	3 2/10	15	21 3/10	43 3/10	19 7/10	19 7/10	82 8/10
Lipeman. .	34 e m. 2	1 66	55 4/5	12 5/10	2 1/10	12 4/10	16 8/10	42	19 3/10	19 1/10	82 8/10
Dementi. .	51	1 64	56	18 5/10	2 3/10	13 5/10	20 6/10	40 6/10	17 4/10	19 6/10	72 1/10
Alcoolisti .	46 e m. 3	1 62	57	20	2 5/10	15 3/10	20 6/10	43 3/10	19 5/10	18 9/10	85 3/10

Intorno alla scoperta del fascio uncinato del peduncolo cerebrale. — *Risposta dei professori* INZANI *e* LEMOIGNE *alle critiche del dottore* Antonio Bumm, *pubblicate nell' Archiv. für Psychiatrie, XIII Band 1, Heft., Berlino 1882.*

Nel 1861 noi pubblicammo in Parma le nostre *Ricerche anatomiche sulle origini e sull'andamento di varj fasci nervosi del cervello.* Nel nostro opuscolo sottoponemmo alla attenzione degli anatomici la esistenza di un fascio nervoso, non ancora descritto e che chiamammo *fascio uncinato.* Indicammo come procedesse: 1.° dal lato esterno delle eminenze quadrigemine; 2.° dai corpi genicolati del talamo ottico; 3.° dal lato esterno del peduncolo cerebrale; quindi proseguisse coperto dalla bandelletta ottica, a cui aderisce, per ripiegarsi poi sulla faccia interna del peduncolo, entrando nella costituzione di un sistema di fasci nervosi, quali l' orletto di Foville, rafe esterno del corpo calloso ecc.

Avvertimmo come il *fascio uncinato* presenta una varietà, dacchè quel fascetto che proviene dalle fibre esterne della base del peduncolo cerebrale, talora trovasi discosto dalla listerella ottica, tanto da poternelo ben distinguere, massime presso la linea mediana, portandosi esso in parte o in totalità alla eminenza mammillare, donde si innalza per andare alla vôlta. E invero a pag. 17. si pubblicava:

« Nel cane un fatto ancor più importante si osserva e si è, che il *fascio uncinato* è diviso in due cordoni, uno assai più piccolo, segue al solito il nervo ottico, da cui è coperto; l'altro più cospicuo, corrisponde alla metà della lunghezza del peduncolo cerebrale, sulla cui faccia inferiore scorre trasversalmente sino al suo lato interno. In questo punto si riunisce al fascio peduncolare interno per

involger quindi con esso la sostanza cinerea dell'eminenza mammillare; dal che risulta che la vôlta e la tenia procedono dal *fascio uncinato*, siccome nella precedente varietà del *fascio uncinato* dell'uomo. Ma quello che più importa, si è di considerare le origini di questa varietà di *fascio uncinato*, la quale avendo, sì nell'uomo come nel cane, un decorso trasversale a quello delle fibre peduncolari, diremo *fascio peduncolare trasverso*. Questo fascio presenta infatti (senza verun maneggio di preparazione, chè tutto è alla superficie ed affatto allo scoperto) le origini stesse del *fascio uncinato* e ne conferma la esistenza. Della quale d'altronde non sarebbe a muoversi dubbiezza, dacchè si verifica in tutti gli animali, e solo or vedesi più raccolto in cordone midollare, ora fesso in fascetti, o schiacciato e largo, siccome ad esempio nella capra (Tav. III. fig. 5.ª) o sottile e funicolare siccome nel suino: ecc. »

Da quell'epoca, cioè dal 1861, non ci siamo più occupati di questo genere di studj, distratti da altri a cui ci tennero obbligati i nostri impegni ufficiali; nè ci occorse poi su questo dar segno di vita, dacchè nessun anatomico nazionale, nè straniero ci richiamò su quel lavoro.

Solo nel 1874 leggendo una rivista di istologia del prof. Golgi nella quale si riferiva di un fascio nervoso scoperto dal prof. Gudden, e denominato *Tractus peduncolaris trasversus* emergente dalle due eminenze quadrigemelle anteriori per portarsi sulla faccia inferiore dei peduncoli cerebrali, ci parve conveniente richiamare l'attenzione degli illustri scienziati del Regio Istituto Lombardo sul nostro lavoro, a rivendicarne la priorità d'osservazione.

Il dott. Bumm nell'*Archiv. für Psychiatrie* dello scorso anno presenta un recente lavoro intitolato: *Di un fascio nervoso esistente alla base del cervello umano, osservato finora ancora raramente.*

Il fascio nervoso, dice il dott. Bumm, in questione trae

la sua origine alla base della punta del lobo temporale, corre paralello al margine (lembo) anteriore del *tractus opticus ventrale*, dal *pedunculus septi lucidi* nella *substantia perforata anterior*, gira intorno al lembo mediano della stessa, sulla superficie mediana dell'emisfero, va tangente alla *commessura anterior* verso l'avanti e si scompone al *septum lucidum*, in forma di diramazione a ventaglio. Ecco tutta la parte descrittiva, che dobbiamo ancora tener sospesa, dacchè al termine del lavoro, ritornando ancora sulla sua osservazione, il dott. Bumm così si esprime:

« Rimane quindi ancora una piccola osservazione da farsi sul fascio nervoso del nostro preparato. Secondo il suo comportamento macroscopico, sono anzitutto inclinato di ritenere il medesimo come fascio di associazione fra il *septum lucidum* e il culmine del lobo temporale. Se e quali relazioni sussistano fra lo stesso e il *pedunculus septi lucidi* dimostrerà in seguito *una ulteriore ricerca microscopica.* »

E siccome questo fascio dal dott. Bumm indicato fu già 22 anni or sono da noi descritto e interpretato come parte di quella propaggine peduncolare che designammo come *fascio uncinato*, ora il dott. Bumm senza accampare le ragioni di fatto che vi potrebbero essere ad interpretarlo come aggregato non solo di fascetti *peduncolari*, ma anche di *fascetti d'associazione*, già fin d'ora è inclinato a quest'ultimo esclusivo significato, e critica tutto il concetto nostro sintetico di un sistema di fasci peduncolari, diretti lungo la linea mediana, che per epitetare in modo conciso abbiamo denominato *sistema interemisferico*, paragonandolo alla lamina interemisferica degli uccelli. Questo sistema da noi artifizialmente concepito deve avere come ha, i suoi legami coi peduncoli cerebrali, col *sistema*, ci si permetta l'espressione, *peduncolare*, del quale solo ci siamo occupati nel nostro lavoro.

Il dott. Bumm invece abbatte il nostro concetto, presumendo tutto si fondasse in una forzata rassomiglianza con quel tipo più semplice che ci mostrarono gli uccelli da noi presi in esame, mentre in un paralello di oggetti poco affini è naturale che molto influisca a trovarne più o meno i rapporti il punto di vista da cui si contemplano e sia ben naturale che il paralello non implichi identità. Se questa non esiste, non si rifiuta perciò solo la analogia.

Il dott. Bumm non accetta che la lamina interemisferica degli uccelli abbia le origini da noi designate col titolo di *fascio uncinato* dalla faccia inferiore del peduncolo cerebrale, e coi titoli di *fascio habenoide* e *peduncolare interno* dal lato interno dei peduncoli; ma non indica però donde procedano le fibre che dai peduncoli elevandosi dietro e davanti alla commessura anteriore si portano alle circonvoluzioni mediane encefaliche.

Critica la inesatta descrizione della lamina interemisferica, di cui si fece solo un cenno per ragioni di raffronto, senza mai si sia preteso ritrovare delineato, in quella forma così semplice, tutto quanto vi ha di complesso nell'organizzazione più elevata dell'encefalo dei mammiferi, dell'uomo. Non è distinto un fornice, un setto lucido, un tubercolo mammillare e quando lo si pretendesse vi sarebbe ammessa a torto non una analogia, ma una identità. Ci critica perchè nel sistema interemisferico non abbiamo compreso la circonvoluzione frontale, il *cuneus*, il *precuneus*; mentre nelle figure si dà un indizio di fasci verso le circonvoluzioni, ma di queste, e del loro sistema commessurale, non erasi da noi proposto lo studio, come dal titolo stesso del nostro lavoro emerge.

Il dott. Bumm dice che il *fascio uncinato* del cervello dei mammiferi e dell'uomo non è identico a quello degli uccelli: nè per noi lo si pretese; è paragonabile ma non identico.

Asserisce che si compone il *fascio uncinato* nella parte

anteriore, del peduncolo del *setto lucido* col fascio longitudinale del *girus fornicatus*, *ecc.* e con questo *ecc.*, ci lascia ignari del suo concetto. Per noi il *setto lucido*, il fascio del *girus fornicatus*, sono due delle diverse propaggini anteriori del *fascio uncinato*, come si vede delineato nella fig. 3.ª della Tavola 3.ª e fig. 1.ª e 4.ª della Tavola 4.ª e 1.ª della Tavola 6.ª.

La parte posteriore del *fascio uncinato*, o come il dott. Bumm ama appellarla, parte *basale*, si compone, dice il Bumm, secondo l'ultimo giudizio del prof. Gudden di 4 soggetti, affatto eterogenei. 1.° della commessura di Meynert; 2.° del *tractus peduncolaris trasversus*; 3.° del *pedunculus corporis mammillaris*; 4.° della parte laterale interna del peduncolo cerebrale. Ora noi nel 1861, a parte la commessura del Meynert, perchè non ci siamo occupati delle commessure, ma solo dei fasci diretti ai peduncoli, tutto questo abbiamo non confuso, ma distinto, come si vede alla fig. 4.ª della Tavola 6.ª; solo che il *tractus peduncolaris* fu da noi detto *fascio peduncolare trasverso*; ed abbiamo indicato come prolungamento del *fascio uncinato* verso l'orletto, verso il *setto lucido*, ecc. quelle propaggini di cui il dott. Bumm ha trovato un esemplare nel cervello da lui esaminato.

Il punto di questione sarebbe vedere se l'esame macro e microscopico conferma la attinenza di queste ultime propaggini solo coi fascetti peduncolari del *fascio uncinato*, o non anche con *fascetti commissurali* di cui noi in un primo ed unico lavoro ci riesciva impossibile nell'insieme di definire tutto.

Il dott. Bumm ci rimprovera di aver accettata l'opinione allora dominante quando pubblicammo il nostro lavoro, della continuità delle habene col pilastro anteriore del fornice: ma è naturale che molto di ciò che si sapeva abbiamo accolto senza personali osservazioni e il nuovo veramente si limita al *fascio uncinato*, intorno a cui ab-

biamo dichiarato quanto, prima di noi, si era, a nostra cognizione già scritto.

A parte pure il fascio *habena*, e l'*habenoide* degli uccelli, tenuto conto che la glandula pineale passava a quei tempi erroneamente quale organo nervoso, resterà pur sempre che il *fascio uncinato*, e gli *interni fasci* emananti dal peduncolo sono, non diremo le origini, ma i mezzi di unione fra gli organi (del così detto da noi sistema interemisferico) coi peduncoli, *analogamente* non *identicamente* a quanto si osserva negli uccelli.

E la critica che il peduncolo del corpo mammillare non si continua nel fornice, ma il tubercolo da una parte è collegato al peduncolo cerebrale a mezzo della radice sua ascendente, e coll'altra al pilastro anteriore del fornice, è quistione di linguaggio più o meno esatto. — Colla fisiologia, o colle leggi trofiche, evidentemente il *setto lucido*, il *tubercolo mammillare* e simili sono centri a sè; ma nel linguaggio descrittivo non si valutano le ragioni genetiche, trofiche, fisiologiche della loro autonomia, ma si considerano nell'insieme, la forma, la sede, così come si descrive un tronco vasale co' suoi rami, come se questi emanassero da quello, mentre geneticamente sono indipendenti. Molto apprezziamo i lavori sperimentali del prof. Gudden, ma essi mirano a fissare centri autonomi, fisiologici, ai quali sarebbe ora prematuro vincolare il linguaggio descrittivo che deve figurare l'insieme delle forme, lasciando che maturati i portati fisiologici, se ne accordi poi, se possibile, il loro valore colle materiali formole linguistiche, descrittive.

Le conclusioni del nostro lavoro del 1861 non vennero sin qui infirmate: lo studio delle *fibre di associazione* aggiungerà un nuovo ordine di elementi, che da noi non fu investigato e perfezionerà quel lavoro che lasciammo incompleto, non del tutto assodato, confidando che il

modesto nostro contributo servisse ad altri per prendere le mosse a meta più lusinghiera. Guidati dall'osservazione e non da preconcette idee, abbiamo pubblicato quanto per noi apparve conforme al vero, senza la pretesa di aver fatto molto, in quell'impresa temeraria di svelare l'orditura dell'encefalo.

Crediamo ozioso pel momento insistere più a lungo nell'esame della critica a noi rivolta dal dott. Bumm, non guidata con quella temperanza che a noi parve doveroso di serbare verso coloro che ci precedettero, anche quando ne rifiutammo le vedute scientifiche.

INZANI
LEMOIGNE.

RIVISTA

Pazzia e divorzio. — La Camera francese l'8 maggio 1882 approvò il progetto di legge che ristabiliva il divorzio e respinse in seguito al voto di una Commissione medica, composta dai dottori Blanche, Charcot e Magnan, all'uopo interpellata, l'emendamento di Guillot deputato dell'Isère, così formulato: *la pazzia di uno degli sposi che dura da due anni riconosciuta incurabile, è causa di divorzio.* Il carattere di incurabilità doveva essere dichiarato da tre medici, scelti, il primo dalla famiglia del congiunto alienato, il secondo dallo sposo che ne fa domanda. il terzo dal Publico Ministero. La sentenza di divorzio avrebbe obligato il congiunto sano di mente ad assicurare, secondo i proprj mezzi ed il proprio stato, l'avvenire del congiunto alienato.

La Commissione suddetta non ammise il divorzio per causa di pazzia, perchè questa essendo una malatia, riescono indispensabili le cure che li sposi devonsi reciprocamente, e perchè non puossi con sicurezza riconoscere l'incurabilità della pazzia. Queste idee erano già state sostenute dal Legrand du Saulle nella *Gazette des Hôpitaux* (13, 14 marzo 1882).

Nell' Academia medico-psicologica di Parigi, di cui è a deplorarsi che non si sia prima della deliberazione della Camera francese provocato l'autorevole giudizio, insorse poscia una importante ed animata discussione per stabilire se ed in qual caso la pazzia possa esser causa di divorzio.

Il Delasiauve infatti nella seduta del 22 maggio 1882 enumerò dei fatti nei quali il divorzio sarebbe altamente reclamato; il Dally, Presidente dell'Academia, in quella del 27 maggio, mostrossi pure contrario alle conclusioni della Commissione, onde mettere una diga alla degenerazione progressiva della nostra razza.

Ma il Blanche il 9 maggio, innanzi all'Academia, sviluppò le ragioni che indussero la Commissione a pronunciarsi alla Camera in modo sfavorevole al divorzio in causa di pazzia. Inclinato più a prevenire i mali che a rimediarvi, ad adottare piuttosto i mezzi profilattici che i curativi, disse che si dovrebbe andare più cauti nel contrarre i matrimonj, escludendo i casi di indebolimento mentale congenito od acquisito, e quelli nei quali si riconoscono affezioni ereditarie. Sostenne che in molti casi le malatie mentali dichiarate inguaribili, ad esempio quelle del gruppo delle paralisi con lesioni encefaliche, hanno decorso relativamente breve, e quindi non esservi ragione di divorzio; che la pazzia può presentare remissioni tali, come nella paralisi progressiva e nella pazzia circolare, da permettere nel primo caso all' individuo di ritornare alle antiche occupazioni, e da indurre nel secondo errori di prognosi; che la pazzia può offrire periodi di integrità mentale di lunga durata, come nella frenosi epilettica; ora, ammesso il divorzio, si porrebbero degli individui che devono abbandonare il manicomio, nella dolorosa condizione di trovarsi precluso l'ingresso alla propria casa. Affermò essere temerario il giudicare inguaribile la pazzia divenuta cronica, non implicando la cronicità uno stato di *demenza nello stretto senso della parola*. Toccò infine della possibilità che il pazzo guarisca dopo che sia stato a sua insaputa pronunciata sentenza di divorzio.

Nella seduta del 30 maggio rispose il Luys ponendo in dubio, coll' appoggio anche degli autori, i casi di guarigione di pazzia di lungo decorso, dimostrando in base ai proprj dati sta-

tistici come la pazzia dopo un periodo di quattro anni per li uomini, e di cinque per le donne, *in seguito al continuo lavorio patologico cerebrale diventi inguaribile*, e ad ogni modo riesce facile, passato questo tempo, il distinguere i pazzi curabili dagli incurabili; l'incurabilità poi poter essere subito riconosciuta nella paralisi generale, e nella demenza confermata. Secondo il Luys, non ammettendo il divorzio, si legherebbe il congiunto sano ad un *morto vivente*, e ne deriverebbe *depravazione* dei costumi, favorendosi le *famiglie illegali*. Dichiarò il dotto alienista poi come non regga il paragone fra il pazzo e l'individuo in preda a malatia cronica incurabile, essendo questi ancora il capo della famiglia, il cittadino, un essere responsabile. Propose finalmente che il giudizio d'incurabilità debba essere emesso dopo un anno dalla domanda di divorzio, da tre medici alienisti che abbiano visitato l'ammalato ripetutamente.

Il Blanche, il 20 maggio, riconfermò le cose già esposte, negando che il tempo stabilito dal Luys sia sufficiente per giudicare dell'incurabilità della pazzia, e opponendosi alla proposta dello stesso sul modo di determinarla; perchè non si creerebbero che imbarrazzi ai Tribunali, come lo dimostrarono i dispareri degli scienziati intorno a questa questione.

Il Dechambre nella *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (2 giugno 1882) appoggiò le idee del Blanche. Dichiarò che l'argomento delle lesioni cerebrali, presumibili dopo tutto, può trovare posto in un corso di clinica, o in un libro di patologia, non in un progetto di legge; che *en soi dans son essence même, cette invasion de la pathologie dans le contrat de mariage est anormale et subversive;* che grazie alle leggi, la pazzia è fra quelle malatie che meno turbano la pace domestica, potendo venir interdetto chi dilapida le fortune, e allontanato chi è di pericolo altrui. Ammesso il divorzio per pazzia si dovrebbe, secondo il Dechambre, accordarlo pure per l'epilessia, tisi, cancro, tumori ed emorragie cerebrali; riguardo alla trasmissibilità, osserva che li stessi danni si verificano anche per tutte le malatie ereditarie. Fa notare poi lo stesso Autore, che il divorzio potrebbe favorire calcoli odiosi, come quelli dei parenti di una ragazza di famiglia decaduta che la

sposassero ad un figlio di un alienato ricco, sicuri che alla peggio la legge rimedierebbe al male. Chiude mostrando come sarebbe uno spettacolo crudele, quello di vedere il congiunto di un alienato, della malatia del quale forse è causa, godersi in una novella esistenza la fortuna dallo stesso guadagnata.

Il Voisin, nella seduta del 26 giugno, concluse coll'accettare il divorzio nel caso che per soperchieria od inganno la famiglia del congiunto od il congiunto che soffre di epilessia, di pazzia intermittente, di dipsomania o di imbecillità non abbia avvertito l'altra famiglia o l'altro congiunto; sarebbe non valevole un matrimonio concluso in un lucido intervallo. Ammise il divorzio qualora da una inchiesta risulti che il congiunto di cui si vuole fare divorzio sia bevitore incorreggibile e nel quale li alcoolici determinino accessi di mania transitoria; come pure nei casi di alcoolismo cronico, e di pazzia paralitica da sifilide, forme originate da eccessi d'ogni sorta, e che ponno essere di lunga durata. La demenza da alcoolismo dovrebbe durare da cinque anni.

Sostenne essere provati i fatti di guarigione della pazzia cronica anche dopo i cinque anni, asserendo che ciò che rimane di abnorme nell'abito interiore, preesisteva all'esplosione della pazzia, e sostenne la guarigione della paralisi progressiva benchè rara.

Il giudizio d'incurabilità poi, secondo il Voisin, dovrebbe essere pronunciato da una Commissione di cinque medici, la quale redigerebbe il rapporto dopo tre esami almeno dell'ammalato, a quattro mesi d'intervallo fra ciascun esame.

Contemporaneamente la tesi venne trattata anche in Inghilterra presso l'Associazione medico-psicologica, per opera specialmente del dott. Hack Tuke, Presidente della stessa, e si adottarono le conclusioni del dott. Savage, medico dell'Ospitale di Bethlem, per cui la pazzia sarebbe causa di nullità di matrimonio nel solo caso che questa sia anteriore al matrimonio, e ne abbia impedita la consumazione.

Dissente a questa restrizione solamente il dott. Seaton, basandosi, secondo lui, sull'autorità della Chiesa, poichè essendo il matrimonio stato instituito per la procreazione, per evitare il peccato, e per procurare a ciascuno degli sposi quei vantaggi

che ne conseguitano dalla società, nessuno di questi tre scopi verrebbero adempiuti, quando uno degli sposi sia affetto da pazzia cronica.

In Sassonia, dieci anni or sono, bastava per ottenere il divorzio che uno degli sposi presentasse al Tribunale un certificato di un medico alienista comprovante che l'altro fosse affetto da malatia mentale con scarsa speranza di guarigione. Oggi invece la legge richiede un certificato di un medico di un manicomio publico, dove l'ammalato sia stato curato per tre anni, che attesti l'incurabilità della malatia mentale. A dimostrare però il difetto di tale pratica si cita un caso dal *Journal of mental science* (luglio 1882), di un signore, il quale dopo avere ottemperato alle esigenze della legge in riguardo alla propria moglie, questa guariva, mentre ottenuto il divorzio era in trattative di matrimonio con altra donna, epperò dovette desistere dalle stesse. Questo caso è invocato anche da coloro che non ammettono la certezza assoluta del diagnostico dell'incurabilità della pazzia.

In Svizzera dove anzi in parecchi Cantoni, anche tutte le altre malatie incurabili, le contagiose e le ereditarie possono essere causa di divorzio; nel Gran Ducato di Baden ed in Prussia vige riguardo al divorzio per causa di pazzia la stessa legge.

Da questa breve e rapida rassegna si vede che la questione nel suo insieme fu considerata dal punto di vista *medico*, *morale* e *sociale*. Se anche a me fosse lecito esternare il mio parere, non potrei in tesi generale che schierarmi fra coloro che riconoscono l'obligo di opporsi alla difusione della pazzia come delle altre infermità che affliggono l'umana famiglia. Perchè non si dovrà favorire, o perchè anzi si dovrà porre improvidamente un argine all'eliminazione che la natura fa degli elementi eterogenei, guasti o deboli dalla società? Proteggiamo pure, soccorriamo, amiamo il nostro simile sventurato, leniamo le sue angoscie, ma non trascuriamo affatto e non roviniamo li elementi sani e robusti, permettendo che vi si innestino germi cattivi, non perpetuiamo la piaga rendendola ogni giorno più grave e gangrenosa. Devesi quindi anzitutto impedire l'unione di quegli individui ai quali sovrasta una labe gentilizia, o che sono affetti da morbi incurabili; ma quando questo pericolo

non potè esser scongiurato rimoviamo almeno col divorzio danni maggiori.

È certo poi che ammettendosi il divorzio qual causa di pazzia, non si cerca menomamente di spegnere il generoso sentimento di una sposa o di uno sposo che vogliano consacrare tutta la vita al congiunto colpito da alienazione mentale; non tutti lo invocherebbero, ma sarebbero liberi di farlo quelli che per qualche motivo speciale, come un'invincibile ripugnanza, o ribrezzo, o un sentimento di paura, non si sentono inclinati a prestare al consorte pazzo o guarito dalla malatia mentale le loro cure. E quale vantaggio dopo tutto ne deriverebbe al povero pazzo o a chi lo fu, da una compagnia sospettosa, da un'assistenza non spontanea, ed anzi esercitata contro volontà, solo imposta dall'inesorabilità della legge?

Dott. *G. B. Verga.*

Trauma al capo e successiva alienazione mentale. — È la storia di una *mania furiosa* sviluppatasi in una giovane di circa ventidue anni, in seguito ad alterco avuto con una sua compagna ed a ferimento infertole da questa a mezzo di una zappa, d'onde due estese contusioni ai lombi ed una marcata ecchimosi all'orbita destra, con due piccole e superficiali ferite lacero-contuse, una cioè al sopraciglio e l'altra verso l'angolo esterno dell'occhio.

Nell'apprezzamento peritale delle dette lesioni il dott. Locchi, primo ajuto soprintendente al Manicomio di Siena, si mostrò convinto che queste non si dovevano considerare come causa materiale traumatica efficiente e quindi diretta dell'alterazione mentale scoppiata di poi nella paziente, ma che piuttosto le medesime vi influirono solo indirettamente, nel senso cioè di impressionare in grado straordinario il morale di quella giovane, da doversi ritenere già per sè stesso eminentemente suscettibile, sovraeccitando in lei la timidezza, la paura di peggio e fors'anche il dispetto per l'aggressione subita e la smania della vendetta non soddisfatta. L'Autore nell'aggiungere poi la circostanza, che in occasione dell'avvenuta rissa e ferimento, nella paziente, che si trovava in corso di mestruazione, si soppressero bruscamente i catamenj, dichiara di vedere in questo

fatto il punto di partenza più diretto per la genesi della pazzia consecutivamente apparsa, osservando in proposito che la interruzione specialmente improvvisa del tributo mensile è riconosciuta come causa frequente di scompiglio mentale. Il complesso infine degli argomenti e delle circostanze di fatto concomitanti addotto dall'Autore a sostegno della sua tesi, intenta ad infirmare la supposizione invalsa specialmente nel publico, che le riportate lesioni al capo abbiano per sè occasionata la pazzia nel caso presente, è esposto con tanta chiarezza e corredo di soda erudizione, che valse a determinare i giudici a ridurre a misura minima la condanna inflitta alla feritrice. (*Cronaca del Manicomio di Siena, 1882*). *Chi....*

Peso specifico dell'encefalo negli alienati. — L'autorità di chi scrisse una bella Memoria su quest'argomento, che è l'egregio prof. Morselli, il numero delle osservazioni che essa abbraccia (29 encefali di maschi e 19 di donne); il campo d'osservazione quasi vergine per li alienisti italiani, non essendo fin qui stato osservato il peso specifico dell'encefalo che nei sani di mente dai dottori Colombo e Pizzi (1), tutte queste circostanze danno un valore particolare alle proposizioni finali che io trascrivo dalla Memoria stessa, inserita nella *Rivista di freniatria e di medicina legale* dello spirante 1882.

1. Il peso specifico del cervello degli alienati è in media superiore a quello degli individui sani di mente.

2. In una serie di cervelli d'alienati le cifre dei singoli individui (variazioni individuali) tendono sempre a superare quelle di una serie corrispondente di cervelli di sani.

3. Il cervelletto ed il mesocefalo dei pazzi posseggono una densità specifica proporzionalmente superiore a quella degli emisferi cerebrali per rapporto a ciò che si osserva nei sani di mente.

4. Nella stagione estiva, cioè nella elevata temperatura dell'ambiente, il cervello e specialmente il cervelletto offrono una densità specifica più grande.

(1) *Archivio italiano per le malatie nervose*, ecc. Anno 1877, pag. 241.

5. Il peso specifico della sostanza cerebrale è generalmente più alto nei cervelli e nei cervelletti di piccolo volume e di basso peso assoluto.

6. Le donne alienate presentano un peso specifico del cervello e del subencefalo inferiore a quello degli uomini alienati, come avviene anche fra i sani; ma in quanto alla densità del cervelletto la differenza sessuale è proporzionalmente minore fra li alienati.

7. Il peso specifico del cervello raggiunge il suo *maximum* nell'età adulta, fra i 30 e i 40 nei maschi, fra i 20 e i 30 nelle donne; cala in ambo i sessi nella prima vecchiaja, per rialzarsi poi nell'avanzata, al di là dei 70 anni.

8. Il peso specifico del cervelletto raggiunge un'alta cifra nell'età giovanile fra i 20 e i 30 anni in ambo i sessi, cala anch'esso nell'età adulta, per rialzarsi nella vecchiaja.

9. La pazzia influisce in generale ad aumentare il peso specifico del cervello, specialmente nei periodi intermedj della vita.

10. Le più alte densità specifiche del cervello furono trovate nelle forme alcooliche ed epilettiche dell'alienazione mentale; le più basse nelle frenastenie e nelle demenze paralitiche.

11. Le forme croniche di demenza consecutiva e di delirj sistematizzati offrono in generale un peso specifico del cervello superiore a quello delle forme acute e tipiche di mania e lipemania.

12. Il peso specifico del cervello è basso nelle alienazioni accompagnate da processi atrofici della sostanza cerebrale; mediocre nelle forme acute e tipiche di pazzia; alto nelle forme croniche, secondarie e degenerative; altissimo in quelle dipendenti da alcoolismo od epilessia.

13. Quando il cervello venne compresso da essudati, versamenti, tumori, il suo peso specifico diventa molto elevato; al contrario esso si abbassa nelle affezioni croniche encefaliche non accompagnate da compressione, per esempio nelle periencefaliti atrofiche e nelle encefalo-mieliti diffuse.

14. Le malatie acute generali alzano generalmente la densità specifica del cervello, in ispecial modo quando esistano processi infiammatorj rapidi dei polmoni, dei reni e della cute: le croniche invece la rendono d'ordinario più bassa, per esempio le

cardiopatie, le pneumoniti caseose e tubercolari, e le forme lente di marasmo e di deperimento organico, accompagnate da vaste piaghe di decubito.

15. Nello stato di iperemia il cervello offre un peso specifico elevato; lo presenta invece assai basso nello stato di anemia, il che dimostra l'influenza della distribuzione del sangue nei tessuti per modificarne la densità.

16. Nello stato di sclerosi il cervelletto ed il mesocefalo presentano un peso specifico inferiore alla media generale della serie; il contrario avviene nello stato di rammollimento e di edema. V.

L'emicrania oftalmica nel periodo iniziale della paralisi progressiva; *lezione di Charcot, raccolte da Féré*. — M.... L.... di 35 anni è affetto da paralisi generale. L'A. richiama i caratteri di questa malatia stabiliti da Falret e raggruppati sotto le quattro varietà: *espansiva*, *melancolica*, *paralitica*, *congestiva*. M.... L... andava soggetto ad accessi congestivi e quasi tutti li attacchi eran preceduti dalla così detta *emicrania oftalmica*. Questa affezione è caratterizzata dalla comparsa di una figura luminosa nel campo visivo, dapprima circolare, poi semicircolare, indi a *zig-zag*, agitata da un movimento vibratorio rapidissimo; ora bianca, fosforescente, ora colorata in giallo, in rosso, in bleu; è ciò che si chiama *scotoma scintillante*. A questo tiene dietro spesso un'emianopsia temporaria del campo visivo di un occhio: nel tempo stesso il malato vien preso da un dolore alla tempia del lato medesimo in cui ha sede la lesione oculare, e tutto l'occhio è sede di un senso fortemente doloroso, come si ha nel glaucoma acuto: il vomito termina la scena, e tutto rientra nelle condizioni normali. Questo è il decorso ordinario. Talvolta, ai sintomi su descritti si aggiungono altri disordini, su cui Piorry ha richiamato l'attenzione: irrigidimento di una mano, di un lato della lingua, afasia, imbarrazzo temporaneo della parola; attacchi epilettiformi. L'emicrania può limitarsi ad uno stato passeggiero, ma talora può farsi permanente. E, ciò che è molto importante, questa emicrania può figurare tra li accidenti prodromici congestivi della paralisi progressiva: fatto assai raro che tuttavia

l'Autore ha osservato tre o quattro volte. È il caso di M. L. Egli nel settembre del 1881 ebbe il primo attacco: emicrania oftalmica, con scotoma, indebolimento della vista del lato destro: durò otto giorni. Otto giorni dopo secondo accesso, cui s'aggiunse inceppamento della parola: durò 24 ore. Nel febrajo 1882 ebbe il terzo accesso con scosse convulsive epilettiformi, durato due ore: ma questa volta l'inceppamento della parola si fece permanente. Dopo otto giorni quarto accesso con esacerbazione dell'imbarrazzo della loquela. Finalmente, il dì 5 maggio, quinto attacco con paresi del braccio destro, cui seguì il dì dopo paresi della gamba. Da questo punto incomincia l'indebolimento mentale, che si è poi fatto progressivo. (*Progr. Méd.*, N. 30, 1882). *Baroncini.*

Alcune ricerche sul così detto sonno magnetico; *per il dott. Salvioli.* — L'A. ha portato la sua attenzione sulla circolazione cerebrale, per vedere quale differenza passi tra l'ipnotismo e il sonno fisiologico. E giovandosi del pletismografo del Mosso ha sperimentato su due soggetti: nel primo (una giovane di anni 26) trovò che durante il sonno magnetico aumenta l'afflusso di sangue al cervello, mentre il Mosso aveva constatato il contrario nel sonno fisiologico: trovò ancora che il polso si fa più piccolo e più frequente, e le respirazioni più superficiali e aumentate di numero. Durante lo stato ipnotico le forti punture non modificavano menomamente lo stato dei vasi: e l'ammalata svegliatasi, dichiarava di non aver avvertita alcuna sensazione, nè ricordava nulla di ciò che aveva fatto o detto.

Il secondo soggetto è una giovine di 20 anni, epilettica, in cui le diverse pratiche magnetiche anche ripetute, non riuscirono a produrre vero sonno. In questa donna il risultato ottenuto col pletismografo fu interamente opposto al primo; conforme cioè in tutto al tracciato che il Mosso ottenne pel sonno fisiologico. (*Arch. psich. e scienze penali*, Vol. II, fasc. IV).

Ipnosi con fenomeni di trasposizione dei sensi; *pel dott. Ellero.* — A. C., donna di 25 anni, ebbe li avi pazzi, il padre pellagroso, due fratelli balbuzienti: mestruò a 14 anni:

divenne sonnambula nel mese di giugno p. p., e li accessi di sonnambulismo si complicavano a stati catalettici. Inviata il 14 luglio nella Clinica di Padova, fu soggetta ad accurate osservazioni.

Cadeva spontaneamente nell' accesso sonnambolico, o poteva esservi indotta facendola fissare qualche oggetto. Durante l'accesso completa anestesia in tutto il corpo, fuor che nelle mani: insensibilità acustica. Nei suoi discorsi si notava maggiore vivacità che nello stato di veglia, e una più rapida ideazione. In questo stato rifiutava qualunque cibo. Il passaggio dell' ipnosi alla catalessi avveniva in lei spontaneamente; poteva essere provocato da un eccitamento elettrico molto forte; ed anche dalla pressione muscolare. Il ritorno allo stato fisiologico avveniva spontaneo o provocato da un raggio di luce che si faceva cadere sul suo occhio; svegliata, si notava completa amnesia.

La durata degli accessi fu di pochi minuti a 30-40 ore.

Ecco ora alcuni dei fatti più salienti osservati in questa donna nello stato di ipnosi.

Mentre era affatto insensibile ad ogni eccitamento; se una persona a lei nota le toccava le mani, essa mostrava tosto di riconoscerla e parlava con lei. Avvertiva li ostacoli che le si opponevano davanti, prima che vi si incespicasse, e li toglieva da sè quando poteva. Ma quello che più interessa è che col solo tocco delle mani riconosceva il colore di certe lane: su di un ottometro distingueva le lettere minuscole dalle majuscole.

Essendo uscita dalla Clinica dopo poco tempo, non poterono praticarsi su lei altri esperimenti. L'A. esposti questi fatti interessanti, ci fa su alcune considerazioni che per brevità omettiamo. *Baroncini.*

Sui movimenti normali e catalettici; *per Rieyer.* — L'Autore, dopo avere fermata l'attenzione sull' importanza dell' innervazione antagonista nei movimenti *normali*, fa vedere come questa abbia grande valore nei movimenti *catalettici.* Egli interpreta il sintoma caratteristico negli individui catalettici, la flessibilità cerea, come l'espressione del fatto, che i muscoli antagonisti, in quel dato momento, sono innervati in modo perfettamente simmetrico. Per quanto si riferisce ai detagli del

lavoro, il quale contiene una grande quantità di controversie, rimandiamo all'originale. (*Arch. f. Psych.*, XIII). *Tambroni.*

Sull' azione del magnete e sulla trasposizione di senso nell'isterismo; *del prof. Lombroso.* — *Caso I.* — R. P., giovinetto d'anni 13, venne preso all' improviso da *ipnesi*, dopo aver sofferto di coxite per trauma; perdeva la coscienza, l'addolorabilità, la vista e l'udito spesso. Questo stato che durava da *un secondo* a più ore si accompagnava in lui ad allucinazioni. Diversi metalli gli provocavano sensazioni dolorose ma non modificavano punto l' *ipnosi*.

Applicando il polo sud di un magnete, l'ipnosi veniva subito provocata, e troncavasi istantaneamente appena si presentava il polo nord od ambo i poli. Il magnete agiva anche applicato sugli abiti o sulle coperte del letto. Durante l' accesso cadeva in uno stato di eccitamento colla vista e l' udito più raffinati; conosceva il colore di un lapis; scriveva, leggeva giornali, giocava a scacchi, ecc.

Caso II. — R. S., ragazza di anni 14, nel periodo mestruale fu presa da strana neurosi. Alla terza mestruazione (il 1.° febrajo) poteva ingerire cibi solidi ma non i liquidi: al 30 febrajo ingojava bene i liquidi, non i solidi. Dal 25 marzo al 25 aprile comparvero accessi catalettici accompagnati da anestesia tattile, alternata con iperestesia. Il 25 aprile cominciarono vomiti violenti: e poi andò soggetta ad accessi di ipnotismo con contratture muscolari, e convulsioni cloniche e toniche. Quando la visitò l'Autore, presentava alla regione glutea e alla prima falange del mignolo sinistro una zona isterogena che suscitava convulsioni catalettiche: e simili convulsioni venivano eccitate ogni volta che le si introduceva nel retto la cannula di clistere. Essa veniva più volte al giorno côlta da accessi di catalessi, preceduti invariabilmente da letargia: poscia cadeva nello stato di sonnambulismo, sotto il quale notavasi un maggior eccitamento psichico, e dopo l'accesso, completa amnesia. Distingueva li oggetti (ad occhi bendati) alla distanza di un decimetro dalla punta del naso, e a molta distanza dall'orecchio sinistro; a questo modo ella lesse un' intera lettera. Avvicinando un dito al lobulo dell' orecchio o del naso, o mandandovi su un raggio

di luce, ella se ne risentiva vivamente. L'odorato veniva avvertito dalla malata sotto al mento. Nessuna azione dei metalli nè del magnete, durante questo primo periodo della malatia. Il 10 giugno sotto lo stato ipnotico predisse che il 2 luglio avrebbe avuto un accesso di cui precisava la durata e i sintomi: e ciò avvenne esattamente. Così fece in seguito altre volte; e non solo preconizzava la sindrome morbosa che doveva succedere in un dato giorno, alla tale ora precisa, ma indicava ancora i rimedj che le avrebbero giovato, e che in fatto quasi sempre le giovavano. Da quest' epoca li accessi di sonnambulismo presentavano questo di caratteristico, che venivano cioè profondamente modificati dietro l'applicazione di certi metalli. (*Arch. psich. e scienze pen.*, fasc. III, 1882).

Un caso di tumore cerebrale con epilessia e catalessia; *per Fletcher Beach*. — Il soggetto di questa osservazione è una giovanetta di 16 anni, di cui la madre, affetta da diatesi reumatica, è morta in seguito a due attacchi, complicati ad afasia. Uno dei suoi fratelli soccombette ad un accesso di tosse convulsiva. Questa giovanetta divenne coreica all'età di nòve anni, dopo una insolazione. Quattro anni appresso durante un bagno, sopravennero degli accessi d'epilessia, che si sostituirono definitivamente alla nevrosi primitiva. Alla sua ammissione pareva godesse d'una buona salute. Essa è isterica e presenta un rumore mitrale alla ascoltazione. Intelligente e molto istruita è addetta alla scuola, dove fa dei rapidi progressi. Tempo fa, oltre agli accessi epilettici si manifestarono dei fenomeni catalettici, che poi si ripeterono una seconda volta. L'ultima crisi di questa natura è stata preceduta da un assopimento di trentasei ore di durata. Ogni volta l'inferma è stata immersa, per un' ora circa, in uno stato di morte apparente ed è ritornata progressivamente alla vita normale. Nove mesi circa dòpo il suo ingresso, viene còlta da un reumatismo acuto con complicazioni cardiache e muore dopo 40 giorni, sotto un accesso, nel quale si nota la predominanza delle convulsioni a sinistra.

La sezione ha presentato le seguenti alterazioni: — Aderenze della dura-madre al cranio, massime a destra della linea me-

diana dell'osso frontale, nel qual punto la dura-madre medesima è congestionata ed ispessita. Peso del cervello, due libre e 5 oncie. Sotto la prima e seconda circonvoluzione frontale di destra esiste un tumore del volume di una grossa noce, posto in avanti e al disopra del ventricolo laterale, di cui contribuisce a formare la vôlta.

Il tumore nella sua superficie è duro e calcareo, è molle e fibroso nelle sue parti profonde, e il suo centro è pieno d' una sostanza caseosa. I suoi contorni sono bene delimitati, non è avvolto da una membrana cistica e il suo peso è di due oncie. L'esame degli altri organi dimostra l'esistenza di una pericardite antica ed una congestiene con ipertrofia dei gangli bronchiali e mesenterici.

Fletcher Beach crede che questo tumore fosse un sarcoma degenerato (un caso simile è riferito dal dott. Magnan nel quarto numero del *Brain*). È alla sua presenza, che bisogna attribuire li accessi d' epilessia, che sono stati il risultato non già d'una irradiazione diretta, poichè le circonvoluzioni lese non erano motrici, ma di una azione mediata sulle circonvoluzioni vicine, secondo la teoria del Brown-Séquard. È bene rammentare che li accessi avevano principalmente luogo nel lato sinistro, vale a dire nel lato opposto al tumore.

La catalessia deriva infine dalla medesima causa, e dev'essere attribuita alla stanchezza dell' organo cerebrale, occasionata dalla convulsione in un' isterica. La minore eccitazione doveva bastare per produrre l' instabilità del cervello, sospendere la volontà e dar luogo all' accesso catalettico. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1882). *Tambroni.*

Sul centro degli accessi epilettici; *per il dott. Coloman Balogh.* — L' Autore in forza dei suoi esperimenti, incominciati già nel 1879, ritiene la sostanza grigia corticale come quella, per la cui irritazione si determinano contrazioni di gruppi muscolari separati ed anche convulsioni generali. Avviata la irritazione, fatta colla corrente indotta, si verifica l'accesso che dura per un po' di tempo, e quindi a poco a poco cessa. Per asportazione della sostanza grigia ed irritazione della sostanza midollare bianca l'Autore non ottenne mai con-

vulsioni generali. Egli irritò anche il corpo striato, il talamo ottico, i corpi quadrigemini, il ponte del Varolio e la midolla allungata, però senza ottenere convulsioni generali.

Simili accessi epilettici seguivano alla irritazione di punti diversissimi della corteccia cerebrale, quantunque in taluni animali dalla medesima irritazione non si ottenesse alcun risultato.

La cagione degli accessi epilettici sta nella mutabilità della sostanza grigia corticale. A questa deve riferirsi con J. Hughlings Jackson la causa del grave accesso, ai corpi striati la causa dell'accesso debole.

Negli accessi epilettici idiopatici l'Autore ammette con Loew e Pokorny, che le molecole nel protoplasma delle cellule nervose delle circonvoluzioni cerebrali si trovino in uno stato di equilibrio estremamente labile, così che la loro disposizione si possa facilmente turbare, onde ne nasce uno sviluppo maggiore di forza viva. Allora il nuovo aggruppamento delle molecole produrrebbe da un lato la perdita della coscienza, la forza viva libera al contrario li accessi convulsivi.

La ripetizione degli accessi e la loro ereditarietà anche così non hanno una una spiegazione sufficiente.

Li accessi epilettici di altra maniera provengono dalla periferia del sistema nervoso. Essi sono esperimentalmente e nel miglior modo ottenuti nelle cavie e nei conigli, massime poi quando il taglio del midollo spinale cada tra la terza vertebra dorsale e la terza lombare. I punti della faccia e del collo, innervati dal trigemino della stessa parte della lesione, come pure quelli che sono forniti dal secondo e terzo nervo della nuca rimangono senza dolore, quantunque l'irritazione in essi prodotta determini l'epilessia. *Per la produzione di queste zone epilettogene, in seguito a lesione del midollo spinale*, si hanno li accessi epilettici.

Anche il taglio della radice dello sciatico, ovvero le azioni traumatiche determinano zone epilettogene coi loro accessi. Questi possono durare fino a che è guarita la lesione.

Rimane così stabilito che la causa originale consiste in un cambiamento molecolare del protoplasma nervoso. L'iperemia, la sclerosi, ecc., sono stati consecutivi del processo morboso fondamentale. (*Orvosi Hetilap*, N. 23 e *Centr.* cit.) *Tambroni.*

Sulla localizzazione della afasia, combinata coll'emianestesia o alla emicorea; *per il dott. Brissaud.* — Quantunque la combinazione dell' afasia coll' emianestesia non appartenga, per verità, alle comuni osservazioni, e sieno anche rare le autopsie di questi casi, nondimeno, secondo l'Autore, è ben possibile il determinare esattamente la sede della lesione anatomica per la medesima.

L'A. infatti dice, che, quando un individuo, in seguito ad un insulto apoplettico, diviene afasico e nello stesso tempo emianestetico, e quando questo stato postapoplettico rimane stazionario, nulla è più probabile, quanto l'ammettere un focolajo di rammollimento, il quale abbia leso contemporaneamente la terza circonvoluzione frontale sinistra e quella parte della gamba posteriore della capsula interna, che giace tra la punta posteriore del nucleo lenticolare e la coda del nucleo caudato (*Carrefour sensitif* dei francesi, che corrisponde alla parte lenticulo-ottica di Charcot). — Ciò deve essere ammesso, quantunque sia molto inverosimile, che avvengano in due diverse parti due alterazioni nello stesso tempo. E d'altra parte si intende difficilmente, come un solo focolajo distruttivo possa comprendere la sostanza bianca del centro ovale e la grigia del nucleo lenticolare, dal punto soprasegnato nella gamba posteriore della capsula interna fino al piede della terza circonvoluzione frontale, quando si rifletta, che da parte della capsula esterna viene quasi sempre opposta una barriera al processo di distruzione, che si avanza nella detta direzione (dal centro alla periferia e viceversa). Sembra quindi più verosimile l' ipotesi, che il focolajo si estenda superficialmente dalla parte anteriore dell' opercolo (piede della terza frontale) fino alla sua parte inferiore (fessura della fossa del Silvio), giacchè in quest'ultima regione, la corteccia dell' insula è lontana dalla capsula interna soltanto di pochi millimetri, e le lesioni della corteccia possono, per compressione, pregiudicare nella loro funzione quelle fibre sensitive, che attraversano la capsula interna nel punto accennato.

V' ha poi anche un' altra possibilità di spiegare la disgiunta localizzazione dell'emianestesia e della afasia con un solo focolajo.

Notoriamente avviene afasia, non solo per lesione prodottasi nella corteccia del piede della terza circonvoluzione frontale, ma anche se le vie subcorticali di detta regione sieno interrotte. Il fascio della corona raggiata, che viene dalla terza frontale, attraversa il ginocchio della capsula interna, là dove la gamba anteriore si congiunge alla posteriore, precisamente nella punta del triangolo, che viene formato dal nucleo lenticolare tagliato orizontalmente. Bisogna, per conseguenza, ammettere tre forme di afasia, vale a dire una *corticale*, una *subcorticale* ed una *capsulare*.

La localizzazione della afasia capsulare non coincide con quella dell' emianestesia, ma è disgiunta da essa mediante la via delle piramidi, la quale, come si sa, occupa i due terzi anteriori della gamba posteriore della capsula interna. Sembra perciò a primo aspetto, che un focolajo emorragico o di rammollimento non possa colpire ambedue i distretti di localizzazione, i quali si trovano alle estremità opposte della gamba posteriore della capsula interna, senza comprendere contemporaneamente la via delle piramidi che corre tra loro, e quindi senza apportare emiplegia. E pure ciò è possibile. Si trovano infatti non raramente, nella sezione di individui vecchi, nel nucleo lenticolare, piccole emorragie lineari, formate ad arco in modo, da rivolgere la loro concavità verso la capsula interna. Questi piccoli focolai si estendono, per lo più, soltanto fino al limite del nucleo, ma talvolta lo sorpassano anche, come l'Autore ha già in parecchi casi osservato. La forma arcuata di questi focolai sembra determinata dalla conformazione stessa degli strati bianchi (*glob. pallidus*) del nucleo lenticolare, i quali hanno la proprietà di favorire l' allargamento del focolajo morboso sotto quella forma e per quella estensione, precisamente come fa la capsula esterna per le emorragie extralenticolari. Le due estremità della curva, che attraversa intieramente il nucleo lenticolare, in direzione dall' avanti all' indietro, possono in questa guisa colpire due punti, distanti l'uno dall'altro, della capsula interna, senza toccare la parte mediana (via delle piramidi). Similmente una emorragia, la quale si origini nella parte mediana della capsula interna e da questa si espanda attraverso la parte extraventricolare del corpo striato, in modo, che i suoi punti estremi,

come sopra si disse, colpiscano la capsula di fianco, di sopra, di sotto alla via delle piramidi, può determinare le condizioni patologico-anatomiche per la combinazione della afasia con anestesia senza emiplegia.

Non è stato ancora concesso all'A. di potere confermare questa sua ipotesi con una autopsia; dice però di avere ripetutamente osservato la forma arcuata del focolajo lenticolare. Anche in un caso di emianestesia, confermata alla sezione, la lesione presentò le proprietà topografiche sopradescritte; naturalmente però la curva anteriore del focolajo non si estendeva fino al ginocchio della capsula interna. Il fascio piramidale era rimato completamente intatto.

Nello stesso modo, come l'afasia e l'emianestesia, anche l'afasia e l'emicorea possono coesistere per una semplice lesione. Questa combinazione è facile a comprendersi per l'analogia che ha colla prima. È però da riflettere, che la localizzazione per l'emicorea sta nella capsula interna meno all'indietro di quella per l'emianestesia, e difatti si trova tra il *carrefour sensitif* e la via delle piramidi.

L'A. ha potuto osservare un caso di afasia con emicorea, che egli riporta, accompagnandolo con una figura, che mette sott'occhio la lesione riscontrata all'autopsia.

Trattavasi di una donna, la quale era afasica ed aveva emicorea del lato destro. Il reperto cerebrale, rappresentato nella figura, che consiste in una sezione orizzontale dell'emisfero sinistro, fa vedere come l'emorragia molto antica, la quale aveva prodotto i nominati sintomi clinici, attraversa il nucleo lenticolare in forma di una curva, la cui estremità anteriore penetra nel ginocchio della capsula e la posteriore in quella parte che è situata tra la via piramidale e la sede di localizzazione per l'emianestesia. (*Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie*, ecc. N. 22, 1882). *Tambroni.*

Sull' ambliopia e sull' emiopia cerebrale; *per il dott. Ferrier.* — I fisiologi non si accordano ancora assolutamente sulla determinazione dei rapporti, che esistono tra li occhi e li emisferi cerebrali. D' altra parte, i fatti clinici sono lungi dall'accordarsi sempre coi risultati degli esperimenti fi-

siologici e tra loro. Ferrier si propone nel suo lavoro di spiegare o di fare scomparire alcune di queste divergenze.

Richiama prima i risultati delle ricerche sperimentali, istituite da lui stesso, da Munk, da Luciani e Tamburini e da Goltz relativamente alla localizzazione del centro visivo. Constata in seguito che i fatti clinici, se non sono opposti all'ipotesi d'un centro visivo corticale, non vengono certo direttamente in appoggio di questa ipotesi; giacchè non forniscono in suo favore che delle prove induttive; tali sono i casi di Hughlings Jackson e Gowers (*Lancet*, marzo 1879), di Broadbent (*Medico-chirur. Transact*, 1872), d'Abercrombie (*Dis. Brain and Sp. Cord.* pag. 121) e di Fürstner (*Archiv. für Psychiatrie*, 1877 e 79). Ma, se i rapporti probabili tra i disturbi della vista e le lesioni puramente corticali non sono indiscutibilmente dimostrati, non può dirsi altretanto per ciò che riguarda li effetti delle lesioni della capsula interna e delle fibre midollari, situate in vicinanza del talamo ottico, dei corpi genicolati e della regione occipitale. Nella forma classica dell'emianestesia cerebrale d'origine organica, di cui Turck ha per il primo descritto le lesioni anatomiche, la vista è seriamente compromessa, quando non è totalmente abolita, in modo temporario, dal lato opposto alla lesione; il campo visuale è notevolmente diminuito, e si può constatare l'acromatopsia. Ordinariamente pure, come è stato per la prima volta notato da Landolt, si verifica un restringimento del campo visivo dal lato della lesione; ma la diminuzione dell'acutezza della vista e la discromatopsia sono incrociate. L'Autore cita in proposito due osservazioni molto interessanti.

La disposizione delle fibre ottiche nel chiasma, come pure le loro connessioni centrali, sono state l'oggetto di numerose ricerche, di cui i risultati non si accordano sempre tra loro. Ferrier crede, che l'osservazione clinica metta fuori di dubio la realtà della semidecussazione di queste fibre; ma, se si tien conto della storia delle loro connessioni corticali, il disaccordo ricompare. Si conosce la teoria professata da Charcot relativamente all'ambliopia incrociata nell'emianestesia cerebrale, e lo schema per mezzo del quale egli ha reso sensibile agli occhi la interpretazione di questo sintoma. Le esperienze di Ferrier hanno

fatto sì, che questo schema debba considerarsi come il solo corretto. Ma le ricerche, che Ferrier stesso ha istituite insieme a Gerold Yeo, rendono necessarie alcune modificazioni alla teoria dei rapporti degli occhi coi centri corticali. I principali risultati di queste ricerche sono i seguenti:

La sola lesione, che nelle scimie determina una perdita della vista completa e permanente, è la distruzione totale e bilaterale delle pieghe curve e dei lobi occipitali. Li effetti di tutte le altre lesioni sono più o meno transitorj. L'animale vede dai due occhi, purchè sussista una piega curva, e, ciò che è più notevole ancora, si è che la vista è ugualmente conservata, anche se sussista un solo lobo occipitale. — Questi fatti, ammettendo che si possa concludere dalla scimia all' uomo, spiegherebbero come alcune lesioni, che non distruggono in tutta l'estensione i centri visivi, non sono accompagnate da una abolizione permanente della vista. Li effetti della distruzione unilaterale della piega curva scompajono prontamente nelle scimie. La distruzione bilaterale dei lobi occipitali (purchè non si porti alcuna lesione alle regioni vicine) può esistere senza effetto apprezzabile sulla vista. In quanto agli effetti temporanei delle lesioni dei centri visivi, si constatano i fatti seguenti: — la distruzione completa della piega curva determina nell'occhio del lato opposto una abolizione completa ma temporanea (di alcune ore) della vista. Se la lesione della piega curva è incompleta, il disturbo della visione nell' occhio opposto è meno accentuato e meno prolungato. Il ristabilimento della vista non può essere attribuito all'attività della piega curva dell'altro lato; perchè, se anche questa viene asportata dopo alcune settimane, l'effetto ottenuto non è che transitorio anch'esso. Non avviene diversamente se si distruggono nello stesso tempo le due pieghe curve il che dà luogo ad una cecità totale temporanea, seguita da disturbi visivi d' una certa durata. Lesioni estese, oppure l'ablazione della maggior parte di uno od anche di ambedue i lobi occipitali, non determinano alcun disturbo visivo apprezzabile. Ma se si distrugge nello stesso tempo, la piega curva e il lobo occipitale di uno stesso lato, la visione dei due occhi è disturbata, e si constata emiopia, senza potere ogni volta determinare

se questa sia o no simmetrica; certo si è però, che essa è temporanea.

Da questi fatti sembra risultare, che esiste una doppia relazione tra li occhi e i centri visivi corticali, vale a dire: una relazione incrociata ed una relazione bilaterale. Questi risultati sperimentali possono suggerire conseguenze importanti in molti ordini d'idee. L'Autore insiste principalmente qui sulle loro conseguenze cliniche, ed è subito condotto ad entrare nello studio dell'emiopia da lesione cerebrale. Fin qui le osservazioni publicate non sono sufficienti per istabilire in modo indiscutibile, una relazione di causa ad effetto tra l'emiopia e la lesione cerebrale, e molto meno per permettere di localizzare questa lesione. In parecchi casi, e specialmente in quelli che sono stati publicati da Hughlings Jackson, Remy e Prévost, si è veduto che lesioni della parte posteriore del talamo ottico e dei corpi genicolati potevano causare l'emiopia. Bisogna dunque assicurarsi dell'assenza d'ogni lesione di questo genere, prima di concludere ad un rapporto di casualità tra certe lesioni corticali o subcorticali e l'emiopia.

Ma se si ravvicinano i fatti clinici ai fatti sperimentali citati si vede che essi prendono un valore molto più considerevole di quello, che possedevano isolatamente. Ferrier riferisce brevemente tre osservazioni d'emiopia cerebrale scelte fra le più semplici, e dovute l'una a Wernicke, l'altra a Baumagarten e la terza a Curschmann, ed aggiunge: « Se noi accettiamo questi casi come subcorticali semplicemente, e se escludiamo ogni idea di lesione diretta o indiretta dei corpi genicolati e dei tratti ottici, possiamo, conformemente ai dati che precedono, considerarli come casi di distruzione delle irradiazioni del tratto ottico, e non solamente di quelle che vanno alla piega curva. »

Quanto all'estensione esatta della lesione, benchè sembri poter essere limitata al lobo occipitale, è, in fatto, molto difficile il determinarla con precisione. L'Autore studia in seguito alcuni casi, ove l'emiopia cerebrale era consecutiva a lesioni traumatiche, determinate ordinariamente sulla regione occipitale.

I fatti sperimentali mostrano chiaramente, che una lesione cerebrale, localizzata nella regione occipito-angolare, senza interessare affatto, direttamente o indirettamente il tratto ottico

e i corpi genicolati, può determinare la produzione dell' emiopia. È necessario dunque di ricercare ora, se, durante la vita, sia possibile di distinguere l'emiopia per lesione occipito-angolare dall'emiopia per lesione dei tratti ottici. Ferrier stesso risponde a questa importante questione nei termini seguenti: — « L'esame perimetrico degli occhi in un caso d'emiopia, dovuta manifestamente ad una lesione diretta del tratto ottico, ha mostrato che il campo visivo era diviso in due da una linea quasi verticale, passante per il punto di fissazione. Da un lato di questa linea, sia a destra, sia a sinistra secondo il caso, centralmente e perifericamente, la vista è intieramente abolita.... D'altra parte si danno molti casi d'emiopia laterale omonima, nei quali quantunque il difetto laterale abbia avuto una durata indefinita, la visione centrale è conservata nei due occhi, per una certa distanza, da tutti i lati del punto di fissazione. Ciò sembrerebbe dover chiarire il diagnostico differenziale tra l'emiopia cerebrale e l'emiopia periferica. Nei casi, nei quali la visione centrale è conservata per un certo grado da tutti i lati del punto di fissazione, io riguarderei l'emiopia come derivante da causa cerebrale. I fatti sopraccitati mostrano che la piega curva di ciascun emisfero ha una relazione bilaterale col centro della retina, di modo che, malgrado la completa distruzione del centro visivo in un emisfero, la visione centrale è possibile coi due occhi. I fatti sperimentali, come pure quelli dell' emianestesia cerebrale, indicano che il campo della visione centrale è più esteso nell'occhio del lato opposto al lato sano; ma la visione centrale, più o meno completa, è ancora possibile, quand' anche il centro del lato opposto è stato distrutto. » È dunque molto importante, per la diagnosi, di praticare rigorosamente l'esame perimetrico, e di paragonare l' estensione relativa del campo della visione centrale nei due occhi.

L'atrofia del nervo ottico non può in alcun modo servire ad illuminare il diagnostico differenziale tra l'emiopia cerebrale e l'emiopia periferica; tuttavia si può dire che un' atrofia rapida e marcata dei dischi ottici indicherà una emiopia periferica anzichè una emiopia cerebrale; sembra verosimile, infatti, che una lesione diretta dei tratti ottici possa propagarsi senza difficoltà all'espansione retinica del nervo ottico.

Se si deve concludere dalla scimia all'uomo, si dovrà ammettere che l'emiopia da lesione cerebrale scompare dopo un certo tempo; ma i fatti d'ambliopia cerebrale, legata a lesioni del segmento posteriore della capsula interna, tendono a provare che i disturbi visivi sono molto più persistenti nell'uomo che nella scimia.

Finalmente, nel por termine a questo importantissimo lavoro Ferrier si domanda, se, nelle emiopie antiche, in apparenza incurabili, d'origine cerebrale, si potrebbe ottenere un miglioramento graduale, stimolando l'azione compensatrice dei centri visivi rimasti illesi. Questo è un punto degno di tutta l'attenzione e che deve provocare le ricerche dei medici in proposito. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1882).

Tamburini.

Contributo alla casuistica della scleresi cerebro-spinale disseminata; *per Skolosubow.* — **Sulla anatomia patologica della scleresi cerebro-spinale disseminata**; *per S. Klein.* — Skolosubow comunica due storie cliniche, colle rispettive sezioni, delle quali la seconda riguarda una contadina di 45 anni, la quale morì all'Ospedale per disenteria. Di questo caso è specialmente notato, che, mentre i sintomi, durante la vita, facevano credere a una sclerosi laterale emiatrofica (Charcot), la sezione mostrò una sclerosi disseminata.

Il prof. Klein riassume il suo lavoro nei termini seguenti 1. Nello stadio poco avanzato della malatia, nei focolai, si trovano i vasi dilatati; si riscontrano poi cellule linfoidi negli spazj perivascolari, aumento dei corpuscoli della nevroglia, infiltrazione della nevroglia medesima per elementi linfoidi ed aumentata la massa della sostanza intertubulare. 2. In uno stadio più avanzato, sotto l'influenza della impedita circolazione per alterazione dei vasi, e principalmente in causa della pressione, esercitata dai nuovi elementi cellulari, avviene una atrofia degenerativa dei tubi nervosi, ed in parte anche delle cellule nervose. 3. Finalmente la nevroglia viene rimpiazzata da un tessuto, che ha il carattere del tessuto fibroso sclerotico al quale tiene dietro ordinariamente la completa obliterazione

dei vasi, onde la nutrizione della parte lesa è sempre più compromessa. (*Medizinishkoja Obesrenie, russisch* XVII e *Centralblatt*, cit.).

Tambroni.

Stiramento dei nervi nella atassia locomotrice; *per il dott. Winter.* — Una donna di 38 anni presenta da nove anni circa i sintomi dell'atassia locomotrice. Attualmente la malata non può più camminare da sola, la stazione eretta è incerta, la malata cade quando chiude li occhi. Il 26 novembre 1881, si fa lo stiramento del nervo sciatico di destra. In seguito all'operazione non si è verificato alcun miglioramento. L'inferma invece ha creduto di notare un po' più d'incertezza nei movimenti del membro del lato operato.

L'Autore riferisce l'osservazione al solo scopo di dimostrare l'inefficacia assoluta del trattamento della atassia locomotrice collo stiramento dei nervi. (*Neurologisches Centralblatt*, 1882).

Tambroni.

Reperto della paralisi spinale tre anni dopo la sua manifestazione; *pel dott. Schultze.* — Premette l'Autore, che non si è abbastanza penetrati nell'intima natura anatomo-patologica della paralisi spinale infantile, e ritiene non esatta la teoria di Charcot che vorrebbe collegare tale malatia ad un'acuta primaria atrofia delle cellule gangliari. Passa quindi al reperto anatomico in un fanciullo che morì tre anni e quattro mesi dopo l'esordio della paralisi spinale. Le corna anteriori ed anzi tutta la metà anteriore della sostanza spinale erano notevolmente impicciolite, la sostanza dei cordoni laterali era molto ridotta in volume e colorata in grigio, il midollo cervicale e dorsale erano macroscopicamente liberi. I muscoli interessati nella paralisi erano giallastri ed esili. Tutto questo all'esame a fresco; all'esame sul preparato indurito si rivelò quanto segue: la metà anteriore del midollo, nella metà inferiore del segmento lombare, notevolmente impicciolita; nel segmento superiore invece nulla di notevole. Al microscopio l'intera metà anteriore della sostanza grigia del midollo lombare ed in gran parte anche la posteriore, fino alla sostanza di Rolando, si trovarono di guisa alterate che solo un piccolo nu-

mero di cellule gangliari vi si potè rinvenire. In luogo degli elementi mancanti si notò sostituzione di corpuscoli e fibre connettivali.

Ma più che mai degno di nota è il reperto anatomico dei vasi: le pareti dei vasi nelle località interessate dal processo, erano considerevolmente ispessite e ricche di cellule, entro le quali trovavasi gran quantità di sostanza colorante sanguigna in forma di globuli pigmentari, come capita alcune volte di vedere nei vasi cerebrali dei vecchi. — L' alterazione in discorso colpiva esclusivamente i vasi della scissura longitudinale anteriore mentre i vasi delle regioni posteriori erano esenti da alterazione. I cordoni posteriori e la sostanza di Rolando erano intatti, ma i cordoni anteriori e laterali lasciavano osservare le traccie di un processo flogistico con esito di sclerosi. Il canale centrale era aperto, come ordinariamente avviene nei bambini.

Le fibre muscolari dei muscoli affetti apparivano degenerate, assottigliate, prive in gran parte di strie trasversali, non di rado interrotte nella continuità, ricche di nuclei.

Il quadro tracciato, prosegue l'Autore, parla abbastanza contro l' opinione di una mielite acuta parenchimatosa, o di una atrofia primitiva delle cellule gangliari; che se questa opinione è stata a lungo sostenuta, gli è perchè l'esame non è mai stato rivolto a casi in cui la malatia fosse di lunga durata.

Notata l' importanza delle lesioni vasali in detto caso, l'Autore combatte l' opinione di Bramwell, il quale annovera la poliomelite acuta fra le malatie sistematiche e ammette come punto di partenza dell'affezione le cellule gangliari e le fibre nervose. Infatti, se è vero che il processo inflammatorio compromette i vasi spinali anteriori che penetrano per la scissura longitudinale anteriore, e per mezzo di questi si difonde alla regione anteriore del midollo spinale, non bisogna dimenticare che il processo non è stabilmente limitato alla sostanza grigia anteriore o alle cellule gangliari, dove soltanto prevale.

Era notevole nel caso descritto la permanenza dei reflessi patellari, quantunque una gran parte della sostanza grigia posteriore fosse lesa; come pure era degno di rimarco il fatto della possibilità di molti movimenti agli arti, benchè il numero delle cellule gangliari fosse di tanto diminuito. *Tonnini.*

Eziologia dell' erpete zoster; *pel dott. Erb.* — L'Autore considera l'herpes-zoster sotto un nuovo punto di vista. Esistono, egli dice, molti casi di zoster spontaneo, i quali fanno pensare in certo modo ad un processo d'infezione, per queste ragioni: 1.° L'apparire di questa forma in certi tempi ed in modo epidemico insieme all'orticaria, l'eritema, la porpora. 2.° La circostanza che un individuo quasi senza eccezione soffre una sola volta in vita di questa affezione, come di regola avviene pel vajolo e il tifo, fatte le debite restrizioni.

Riporta l'Autore due casi a lui occorsi di zoster, con nevralgia, trasmesso da madre a figlia. Dopo opportune considerazioni si rivela propenso a ritenere l'affezione in discorso di origine infettiva. Nota poi che questa dura più a lungo ed è più grave nei soggetti vecchi che nei giovani. (*Neur. Centr.*, num. 23).

Contributo allo studio dei tumori del quarto ventricolo; *pei dottori Spillmann e J. Schmitt.* — Prendendo come punto di partenza la comunicazione di un caso, da loro stessi osservato, li Autori presentano sotto forma di rivista, 30 osservazioni, altrove publicate, parte delle quali secondo le citazioni fatte in una monografia di Verron, ed espongono in succinto la patologia e la sintomatologia dei tumori del quarto ventricolo.

La loro osservazione è la seguente:

Un vignajuolo di 31 anni, che non aveva nulla di ereditario, ammalò, due anni prima dell'esito finale, di violenti accessi di cefalalgia. A poco a poco si aggiunsero vertigine, debolezza generale, vomiti matutini, diplopia temporanea, perdita di equilibrio, disuguaglianza delle pupille, disfagia ed atassia delle braccia e delle gambe. Finalmente comparve emiplegia a sinistra. La morte seguì molto rapidamente sotto un accesso di coma. L'intelligenza era rimasta illesa fino alla fine.

Alla *sezione* si trovò un grosso tumore perlaceo nel quarto ventricolo. I suoi diametri misuravano 5,2, 3,3 e 5,4 centim. Il cervelletto, la midolla e il ponte erano separatamente compressi dal tumore ed appiattiti. Inoltre esisteva idrocefalo interno in alto grado. Nella midolla spinale si trovarono segni di mielite diffusa. (*Archives générales de médecine*, 1882). *Tambroni.*

Nevralgie prodotte da diabete; *pel dott. Dragche.* — Da poco tempo conosciuta è una forma speciale di nevralgia, la quale appare come epifenomeno allarmante nel decorso del diabete zuccherino. Senator, Worms, Braun, Mary resero noto da qualche tempo il fatto dell' insorgere di forti nevralgie per lo più simmetriche, ma anche monolaterali, nei soggetti diabetici. Froming descrive alcuni casi di diabete con ischiatite, e aggiunge di aver provocato nei cani e nei conigli la glicosuria estirpando un brandello dello sciatico o irritandolo fortemente con agenti chimici. Rosenstein raccommanda l' esame delle urine nei casi di nevralgie ribelli ad ogni cura.

L' Autore, dopo aver riportati due casi di Worms di nevralgia in diabetici, rende noti due casi di sua spettanza, l' uno di nevralgia intercostale, l' altro di nevralgia alle mani, i quali non migliorarono con veruno dei soliti medicamenti indicati nelle nevralgie, ma che invece si resero accessibili alla cura solo quando l'esame dell'urina rivelò l'esistenza dello zucchero.

Conchiude l' Autore, che si verificano nevralgie nei diabetici, le quali traggono la loro origine dall' azione tossica dello zucchero sui nervi periferici. Queste nevralgie sono più frequentemente simmetriche di quello che unilaterali; esse si verificano ugualmente tanto se è molto, come se è poco, lo zucchero nelle urine. Sono in genere molto dolorose e non cedono che al trattamento antidiabetico. (*Wien. Med. Wod.*, 82).

Contribuzione patologica intorno al corso delle fibre del nervo ottico nel cervello; *per il dott. Dreschfeld.* — L'A. communica la storia e i reperti necroscopici di tre casi, i quali gli sembrano parlare in favore della dottrina della semidecussazione delle fibre dell'ottico.

I. — Un falegname di 40 anni, il quale non era mai stato malato nè di sifilide, nè di gotta, nè di reumatismo, negli ultimi due anni non aveva potuto più lavorare in causa di forti dolori di capo, vertigine, diplopia e debolezza continuamente crescente del lato sinistro. L' infermo non era mai stato bevitore. Una settimana prima della ammissione ebbe, in un giorno, tre manifesti accessi epilettici. Si era manifestata anche la febre, e la memoria era divenuta debole.

Stato presente. — Uomo di costituzione robusta con fisionomia sofferente. Paresi del facciale sinistro; braccio sinistro più freddo e più pallido del destro, più piccolo per un quarto di dito nella circonferenza. Lo stringere della mano sinistra manifestamente indebolito. Convulsioni frequenti di tutta l'estremità superiore sinistra, all'infuori della mano. La gamba sinistra più debole della destra; contrazioni spasmodiche di grado minore di quelle del braccio. La gamba sinistra era trascinata nella deambulazione. La contrattilità elettrica normale tanto a destra che a sinistra. Emianestesia totale del lato sinistro, senso muscolare e di pressione conservato. Nessuna incertezza nel camminare e nello stare ad occhi chiusi. Pupille simmetriche e normalmente mobili. Emianopsia completa del lato sinistro in ambedue i campi visivi. La visione centrale normale; nulla di speciale all'oftalmoscopio. Odorato e gusto normali. Udito debole da ambedue le parti, ma ciò da molto tempo. Orina normale. Nella diagnosi fu ammesso con molta probabilità, un tumore nella regione del talamo con partecipazione della capsula interna e del tratto ottico della metà destra del cervello. È degno d'osservazione che l'emianestesia, per l'applicazione di un elettro-magnete veniva durevolmente migliorata, mentre l'emianopsia rimaneva sempre uguale. L'infermo divenne, nel corso ulteriore della malatia, debole di mente, per un po' di tempo eccitato; la paralisi crebbe, mentre le convulsioni contemporaneamente cessavano. Il 5 settembre 1880, vale a dire cinque mesi dopo l'ammissione avvenne la morte. — Alla *sezione* si trovò un tumore non esattamente limitato, il quale cominciando dalla parte posteriore della capsula interna, si estendeva al talamo ottico, al nucleo lenticolare ed alla parte anteriore destra dei corpi quadrigemini. Nella base il tratto ottico destro era alquanto schiacciato e rammollito. L'emisfero sinistro si presentava intieramente normale. Nella midolla allungata e spinale si trovò manifesta la sclerosi discendente. Istologicamente il tumore fu caratterizzato per un sarcoma.

II. — Una donna di 50 anni, affetta da stenosi mitrale e da nefrite cronica, fu côlta da accesso apoplettico e consecutiva afasia ed emiplegia sinistra con diminuzione della sensibilità nel lato paralizzato. Ulteriormente si trovò emianopsia del lato

sinistro con fondo degli occhi normale e buona visione centrale. Li altri nervi cerebrali ed organi di senso affatto illesi. I riflessi tendinei nel lato paralizzato alquanto accresciuti. Quattordici giorni più tardi la donna morì in breve lasso di tempo, in seguito ad una vertigine e coma profondo consecutivo. La diagnosi fu: emorragia del talamo ottico destro con partecipazione della capsula interna. Alla *autopsia* fu constatata una emorragia recente nella superficie inferiore del lobo cerebellare destro. Inoltre due emorragie di forma rotonda di un centimetro di diametro, nel centro ovale dell'emisfero cerebellare destro, in corrispondenza della circonvoluzione centrale anteriore; un altra emorragia più piccola, alquanto antica, in corrispondenza della circonvoluzione centrale posteriore; una emorragia, finalmente, pure più piccola ed antica, nella estremità antero-superiore del talamo ottico. I corpi quadrigemini, i corpi genicolati, i tratti ottici, come pure la capsula interna e la corteccia cerebrale erano intatti. L'A. riferisce l'emiplegia al focolajo nel centro ovale, l'emianopsia poi alla emorragia nel talamo ottico. Sotto il rispetto diagnostico egli osserva, che in questo caso le pupille reagivano normalmente, e ciò conferma l'opinione che i movimenti riflessi dell'iride abbiano la loro sede non già nella corteccia o nel talamo, ma piuttosto nei corpi quadrigemini anteriori.

III. Un fonditore di piombo di 52 anni, che aveva prima sofferto di artrite e di coliche saturnine ed oltre di ciò presentava i sintomi di una nefrite cronica (cirrosi renale), aveva un mese prima della ammissione, avvertito una rapida diminuzione della potenza visiva, prima nell'occhio sinistro, poi in ambedue li occhi. Alcuni giorni appresso fu côlto istantaneamente da paralisi del lato sinistro, senza che si fosse manifestato il vero *ictus* apoplettico. All'ammissione si riscontrò emiplegia del lato sinistro, un poco migliorata, con totale emianestesia, la quale giungeva precisamente fino alla linea mediana del corpo. Di più emianopsia completa del lato sinistro, con perdita totale della percezione pei colori. I riflessi tendinei mancavano da ambedue le parti. I riflessi plantare, addominale e cremasterico normali a destra, mancavano a sinistra. Retinite albuminurica, pupille alquanto dilatate, le quali reagivano tarda-

mente alla luce. Contrattilità elettrica muscolare del lato sinistro diminuita. Ipertrofia di cuore, leggiera albuminuria. Circa sei mesi dopo, il paziente morì in seguito ad una ripetizione della emorragia cerebrale. La *sezione* presentò una emorragia estesa nell'interno dell'emisfero destro, la quale aveva leso in modo rilevante i gangli della base e dilatato il ventricolo. Il punto d'origine della emorragia non si potè determinare neppure coll'induramento del cervello. La corteccia cerebrale come pure il tratto ottico e i corpi genicolati erano del tutto illesi. Non esisteva ancora la degenerazione secondaria.

Anche questo, come li altri casi, parla per la semidecussazione nel tratto ottico. (*Brain*, genajo e aprile 1882 e *Centralblatt* cit., N. 14, 1882). *Tambroni.*

Contro il dolore. — Sebbene si tratti d'un semplice sintomo, pure costituendo esso la parte più uggiosa delle malatie e vincendosi molte volte con esso tutta una malatia, è naturale che si moltiplichino le ricerche e li sforzi per debellarlo.

Rasori tentò la *cura mecanica del dolore* (*Bollettino della Società Lancisiana* di Roma, 1882) applicando nelle *nevralgie* il *diapason* in vibrazione là ove il nervo è più superficiale. Boudet ed altri aveano già tentato varie cure con questo mezzo, che sembra arrestare alcune nevralgie per un certo tempo e produrre una anestesia temporaria nei luoghi ov'è applicato, ricomparendo la nevralgia dopo un'intermittenza più o meno lunga. Il mezzo, sebbene palliativo, non è da disprezzarsi, perchè abbrevia l'accesso e ne allontana i periodi.

Wolfe sperimentò su sè stesso (*Amer. journal of med. sciences*, 1882) la *gelsemina* nella *nevralgia facciale* e sopratutto nella *nevralgia dentaria* alla dose di 24-36 centigrammi. Clarke amministra 15 goccie di tintura di gelsemina in un cucchiajo di aqua. Il miglioramento si produce d'ordinario dopo quattr'ore. Si ebbero qualche rara volta accidenti e più nell'uomo che nella donna. Raccommanda la posizione orizzontale finchè dura l'azione del rimedio.

Kenneth vantò la *giusquiamina* cristallizzata di Merck, come eccellente anodino e antispasmodico (*The Lancet*, 1882), quando

l'opio fallisce, e l'adoperò utilmente nelle *coliche* abdominali, sieno biliari o d'altro genere, e nell'*asma spasmodico*, amministrandola da mezzo milligr. a un milligr. e mezzo ogni mezz'ora finchè non si è ottenuto un sollievo.

Oulmont confermò (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1882) l'utilità dell'*aconitina* cristallizzata nella *nevralgia facciale essenziale*. Se ricorre con periodicità, vi si può associare il chinino. Si comincia da 3 pilole al giorno e non si sorpassa il numero di 6.

Laborde e Duquesnel (*Tribune médicale*, 1881) attribuiscono alla *napellina*, uno dei prodotti secondarj amorfo e solubile dell'aconito, proprietà analoghe a quelle dell'*aconitina* cristallizzata, differendone per un'attività assai minore e per effetti ipnotici che l'*aconitina* non possiede. La *napellina* può essere usata per injezioni sottocutanee alla dose di 1-4 centigr. ed è indicata segnatamente nelle *nevralgie* e nella iperecoitabilità del sistema nervoso con *insonnio* persistente.

Ott aggiunge ai medicamenti antinevralgici, narcotici, calmanti l'estratto di *piscidia eritrina* (*The Brain*, 1882) che avrebbe sull'opio il vantaggio di non indurre la stitichezza nè disturbare l'appetito. Si trae dalla scorza di un albero della Giammaica, detto del *corallo*, che trattata coll'alcool dà un liquido rossastro, acre, rassomigliante al laudano, di cui ha l'odore. È un narcotico che nei conigli e nelle rane diminuisce il potere riflesso dei centri nervosi, rallenta il polso, accresce la tensione arteriosa in principio per abbassarla in seguito, infine produce il tetano, dilata la pupilla, promuove la saliva e il sudore.

Bartoli vide modificarsi (*Lo Sperimentale*, 1882) *dolori reumatici* soli o concomitanti malatie febrili (torcicollo, lombaggine), che aveano resistito ad altre cure colla seguente pomata: salicilato di soda gram. 7, estratto di belladonna 6, vasellina o grasso, 30, da frizionare sulla parte dolente tre volte al giorno.

Guermonprez in due casi di *traumatismo* estremamente doloroso (*Gazz. des Hôpitaux*, 1882) con polverizzazione d'*aqua fenicata* per un quarto d'ora circa determinò notevole anestesia delle parti, d'onde si potè estrarre senza dolore i corpi stranieri. La proporzione dell'acido fenico da usarsi è il 25 per mille. Una dose minore non basta, una maggiore è dolorosa. V.

BIBLIOGRAFIA

I pellagrosi accolti nel Manicomio provinciale di Ferrara durante l'anno 1879. — *Bozzetti clinici da servire allo studio della pellagra per* C. Bonfigli, *medico-direttore.* — Ferrara, 1881. (*Estratto dal Bollettino mensile del Manicomio provinciale di Ferrara* (N. 4, 1880 al N. 11 1882).

L'A. mette allo studio 85 casi di pellagrosi, di cui 31 uomini e 54 donne.

Cause. — Mentre respinge la supposizione, che la pellagra sia prodotta da una specie di intossicazione derivante dall'uso di grano turco avariato, attribuisce questo morbo ad alimentazione insufficiente per qualità e per quantità. Fa anzitutto notare, che si ebbe maggior numero di pellagrosi all'ospedale ed al manicomio negli anni, in cui nell'inverno precedente fu maggiore la carezza dei viveri e perciò più scarsa l'alimentazione, in specie dei contadini giornalieri. Aggiunge, che di questi furono colpiti di preferenza i più poveri, e che se taluni pellagrosi, oltre al lavoro campestre avevano altra professione, ciò non impediva loro di versare nelle identiche condizioni di miseria dei primi. Quindi la fame. Dice inoltre di aver constatato, che la massima parte dei suoi pellagrosi dovette vivere per molti mesi dell'anno di sola polenta e di aqua, che il grano turco giornalmente consumato da ciascun individuo divenuto pellagroso non sorpassò in media il chilogrammo, e che non si può ritenere che l'alimentazione sia migliore anche quando alla polenta vengano in qualche giorno della settimana frapposti un poco di minestra, che si sa che non è gran che nutritiva, per i leggieri e men che salubri suoi costituenti, e qualche bicchiere di vinello (aqua appena colorita).

In qualche rarissimo caso in cui si sarebbe quasi dovuto escludere nei malati l'insufficienza dell'alimentazione, l'A. afferma di aver segnalati altri elementi, che avevano concorso ad impove-

rire l'organismo di tali pellagrosi e ridurli all'*inanizione cronica*, quali sono: le malatie pregresse, fatiche eccessive, l'allattamento, l'abuso del coito, la masturbazione, i patemi d'animo, ecc.

L'A. esclude in genere, che i suoi malati abbiano fatto uso di frumentone guasto, ma solo talora di quello *avariato* (non putrefatto) cioè solo segnato qua e là da qualche punto verdognolo, prodotto da muffa nella porzione embrionale: grano turco tale è mangiato a preferenza dai coloni, che egli dice meno soggetti alla pellagra perchè provisti di altri alimenti ben più nutritivi, I suoi malati avevano bevuta aqua per lo più poco potabile, come lo è tutta quella delle città e campagne della Provincia ferrarese. Alcuni di questi non avevano mai abusato di vino. ma bensì di aquavite di pessima qualità e quindi da riguardarsi come venefica e fomite della pellagra.

Le abitazioni dei pellagrosi e specialmente quelle dei contadini braccianti erano in condizioni deplorevoli e talune inabitabili e fattane una descrizione compassionevole, conclude, che influiscono a render cattiva la digestione ed assimilazione dello scarso alimento, e quindi favoriscono il deperimento organico. A questa causa di malsania nella Provincia di Ferrara si aggiunge la malaria: infatti fra i malati l'A. trovò, che alcuni erano stati più volte affetti da febri limnitiche e che la cachessia palustre aveva immediatamente preceduto lo sviluppo della pellagra. Non ammette, che la rotta del Po del 1879 sia stata causa di pellagra in nove dei suoi malati, ritiene invece che questi fossero già pellagrosi per fame patita nell'invernata precedente.

Non crede all'ereditarietà della pellagra: constatò che questa incoglie più donne, che uomini, accennandone varie cause tutte di azione debilitante, e che è rara nei bambini, escludendo così l'intossicamento. L'età più favorevole allo sviluppo del morbo negli uomini sarebbe, secondo l'A., fra i 40 ed i 60 anni e fra i 30 ed i 50 nelle donne: di ciò egli aecagiona i lavori faticosi, a cui sono costretti in età non più giovane. È meno frequente poi la pellagra nei vecchi, perchè pochi invecchiano, ed ancor meno nei bambini, perchè i primi divenuti di poco utile in famiglia restano trascurati, mentre si rivolge ogni attenzione ai secondi per allevarli al lavoro.

In ordine allo stato civile degli 85 pellagrosi, risultò, che i

conjugati sono in prevalenza: l'A. spiegherebbe il fatto coll'ammettere, che l'età pel matrimonio coincide con quella più propria per contrarre la pellagra e ripete, per assegnarla a questa classe, che l'abuso del coito, i patemi d'animo, fatiche, ecc. ecc, sono concause, che impoveriscono il bilancio organico già deperito per difetto di congrua alimentazione.

I mesi in cui la pellagra si mostrò con maggior frequenza sarebbero stati il febrajo e marzo e quindi appunto dopo l'inverno, durante il quale i braccianti patiscono la fame e da questa, congiunta alle altre sunnotate circostanze aggravanti, la pellagra. L'A. contrapone anche questo fatto alla teoria dell'intossicamento.

Non si è potuto rilevare con precisione in quale epoca del male i sintomi cerebrali fattisi imponenti, reclamavano il ricovero nel manicomio. In genere il maggior numero delle ammissioni avvenne dall'aprile al giugno per le donne e dal maggio al luglio per li uomini: qui l'A. osserva, che li uomini, come meno stremati resistono un poco più all'invasione.

Nei successivi attacchi della pellagra l'A. non riconosce un'intermittenza propria della malatia, ma vere ricadute: afferma che il pellagroso guarisce perfettamente, se non soffrì tanto da rendere impossibile una *restitutio ad integrum*, ma resta in lui qual causa predisponente maggior facilità a risentire le cause morbifere.

Sintomi. — I pellagrosi studiati dall'A. erano tutti in istato di *notevole denutrizione*. L'aver altri asserito, che si possa essere pellagrosi e conservare in pari tempo una florida nutrizione, lo attribuisce ad errore di diagnosi. Si è notato anche il *pallore del volto* qual segno classico dell'oligoemia, che di rado manca nell'inanizione cronica e che unitamente alla tinta terrea l'A. lo fa derivare dalla fame sofferta, dalle intemperie, dalla malaria, ecc. Il rossore eccezionale della faccia, dei pomelli delle gote e sul naso dice, che lo si deve a paralisi vascolare e che lo ha riscontrato anzi nei malati più gravi, denutriti e spossati di forze. L'*eritema pellagroso* al dorso delle mani fu osservato nei pellagrosi più emaciati, con atrofico il tessuto cutaneo, e che si esposero al sole primaverile avanti entrare nel manicomio. In altri non si notò, che semplice atrofia o traccie di eritema

già altra volta sofferto, cioè lucentezza dell'epidermide, assottigliamento e perduta elasticità della pelle. L'eritema anche grave fu visto scomparire dopo breve soggiorno nell'ospizio. Questo modo di comportarsi dell'eritema pellagroso per l'A. è una conferma, che il medesimo non sia da riguardarsi che qual sintomo non necessario e solo dipendente dalle condizioni di clima in cui trovansi i malati. L'A. rilevò, che i disordini delle funzioni gastro-intestinali o in un modo o nell'altro non hanno quasi mai mancato nei pellagrosi da lui curati. In circa la metà vi fu la *diarrea*, in 37 poi grave e persistente spesso fino alla morte.

L'A. attribuisce la diarrea alle indigestioni e le alterazioni intestinali alla insistente durata della prima: distingue poi questa diarrea dall'altra, detta *vaso-paralitica* che è propria di cachessie di qualunque altra derivazione. I rari casi di stitichezza sono ancora per lui l'effetto di insufficiente alimentazione, che abbatte le forze dei malati e paralizza i moti riflessi intestinali. *La prostrazione delle forze* fu sempre riscontrata notevole nei pellagrosi: circa metà reggevansi in piedi a fatica: li altri erano inetti al lavoro: la debolezza appariva maggiore agli arti inferiori, senza però che si scoprissero differenze di contrattilità muscolare in confronto di quella dei superiori.

Così pure *le facoltà intellettuali* erano in tutti più o meno *turbate* e lo erano, ora con carattere di depressione, ora sotto forma di delirio vago. La depressione appariva nei malati più gravi, più denutriti e più deboli, perciò, che a giudizio dell'A. il cervello partecipava della stessa denutrizione e debolezza subita dai muscoli, ecc. Il delirio vago, talora caotico, più spesso melancolico fu osservato in 43 dei malati. In costoro, che si direbbero meno pellagrosi degli altri, meno pallidi, denutriti e deboli e dei quali molti ebbero parenti nevrotici o pazzi l'A. non riconosce il disturbo mentale come sintomo diretto della pellagra, ma quale fenomeno accessorio insorto in coincidenza e non in dipendenza di questa, e quindi da imputarsi ad altre cause occasionali, escludendo affatto, che il delirio, in questo caso sia quello dell'inanizione. Dei deliranti 14 erano allucinati: sul loro scarso numero l'A. osserva, che nei pellagrosi sono rari i processi attivi della corteccia cerebrale e delle meningi, i quali quando occupassero la zona sensoria, sarebbero causa di alluci-

nazioni. Infrequenti del pari apparvero nei deliranti pellagrosi le illusioni ed i pervertimenti della sensibilità generale.

Si seppe, che 37 dei ricoverati tentarono il suicidio. Nei più prevaleva il delirio vago ed a fondo melancolico. Sarebbero stati a giudizio dell'A. trascinati al mal passo per dar fine alle loro miserie: altri però, sembra che depressi di mente ed inconscii delle loro azioni, cadessero dalla finestra o scivolassero nell'aqua per debolezza, inerzia, stupidità o immobilità d'intelletto. L'A. non ammette la idromania dei pellagrosi, veduto che diversi saltano dalla finestra o si impiccano; molti poi dei casi li ritiene fortuiti, tenuto conto dei molti pericoli, da cui individui apatici e stupidi erano da vicino circondati. Così escludendo l'idromania od altro movente, l'A. opina, che elemento casuale del maggior numero dei suicidj per annegamento debba ritenersi il gran numero di canali e maceratoi, costituenti un prossimo pericolo di casi fortuiti ed un'attrattiva per procurarsi una morte spiccia. Nelle località montuose, lontane da stagni e canali i pellagrosi preferiscono il capestro, mentre anche i *non pellagrosi*, la dove sianvi aque profonde, trovano più spedito e semplice l'annegamento.

Ventidue dei pellagrosi erano *sitofobi*, dei quali non meno di tredici figurano fra i decessi. Più spesso però, che per avversione delirante l'A. avrebbe osservato, che la sitofobia in loro doveva provenire per difette di energia necessaria per portare il cibo alla bocca, masticarlo se imboccati ed inghiottirlo se non bisognevole di masticazione, difetto inerente ad una prostrazione massima delle facoltà mentali di tali sitofobi, dei quali alcuni riuscivano a mangiare, se ajutati o nutriti con liquidi. L'*insonnio* che molestava ventisette dei malati, parve all'A. che derivasse forse da stasi sanguigne nei vasi cerebrali, per poca energia muscolare cardiaca e conseguente lentezza circolatoria. L'*impedito linguaggio* in 13 pellagrosi veterani e già cachetici, dice doversi all'atrofia cerebrale, specie della sostanza corticale, che aveva colpita anche la terza frontale sinistra. Riguardo alla *cefalea*, che fu accusata di rado, l'A. riflette, che molti dei pazienti può darsi, che fossero incapaci di manifestare le sensazioni che provavano. Altri fenomeni nervosi, che vengono enu-

merati quali complicazioni o specialità, furono osservati nella minima parte dei casi.

Non si ebbero a vedere contrazioni tetaniche, le quali l'A. dice potersi peraltro manifestare in quei pellagrosi, che si alimentarono anche di segale. Così il primo grado di tetano opistotono, che si è creduto di ravvisare in coloro, che stando in piedi si piegano alquanto sul dorso e lasciano cadere il capo verso l'indietro, l'A. lo riferisce al bisogno che sentono di prendere questa posa, per poter sostenere il capo e mantenere l'equilibrio del loro corpo estenuato: come pure le contrazioni tetaniche non sarebbero al contrario che *volontarie*. L'A. lascia incerto se la sclerodermia e l'acrodinia abbiano rapporti colla pellagra.

Assai numerose furono le lesioni cutanee di decubito ed in tredici casi i punti escoriati passarono in gangrena susseguita da decesso. L'A. ne dà ragione colle identiche esplicazioni, che sono proprie delle ultime fasi di malatie acute o croniche, che metton capo alle cachessie ed alla morte: l'unico decubito *acuto* osservato lo fa derivare da lesione del sistema nervoso centrale. In diciotto malati si manifestò *la febre*: l'A. la considera in genere qual sintomo di complicazioni di provenienza miasmatica od in attinenza a pachimeningiti, enteriti catarrali ulcerative, al decubito cangrenoso, alla septicoemia o la qualifica in certi cachettici, come febre nevro-paralitica od infine emette il dubio, che accenni piuttosto ad autoinfezione dell'organismo sfinito oppure ad infezione tifica comune. Conchiude che in questi casi predominavano in genere i fenomeni tifici: però vuole radiato dalla terminologia scientifica il così detto tifo pellagroso, come diverso da altre febri di infezione.

Pertanto i *soli* sintomi necessarj della pellagra, secondo l'A. sono: la denutrizione notevole, il pallore cutaneo, la prostrazione delle forze, i disordini intestinali ed i sintomi nel campo del sistema nervoso per lo più di ordine astenico: per cui, toltone l'eritema, che da molti clinici non è ritenuto come necessario, l'A. avrebbe trovato, che tutti li altri corrispondevano alle cause da lui assegnate alla pellagra e che consistono in un *deficit* del bilancio organico.

Fra le *complicazioni* importanti nella pellagra l'A. annovera

p. es., le febri miasmatiche e lo scorbuto, come tali da aggravare la denutrizione e per sè stesse l'epilessia, l'imbecillità, e vizj cardiaci, ecc., punto modificate quasi dalla loro associazioni colla pellagra.

L'A. ripete, che il decorso di questo morbo non è intermittente e che quindi non ha *mai* un corso ciclico propriamente detto. Il suo decorrere e la durata sono subordinati alla maggiore o minore gravezza dei guasti patiti dall'organismo per nutrizione difettosa ed al grado di efficacia dei mezzi curativi riparatori dei detti guasti.

Egli rifiuta poi di attribuirla ad *infezione* od a baccilli speciali od a qualsiasi fomite infettivo.

Sugli *esiti* della pellagra l'A. rileva, che il cronicismo è raro e che a *rigore* non vi può essere, poichè si riferisce sempre al solo disordine intellettuale e questo per lo più in soggetti predisposti alla pazzia. In base poi al giudizio già da lui emesso, che tutti i successivi attacchi di pellagra sono altretante ricadute provocate dal ripetersi delle stesse cause occasionali, l'A. non riconosce per cronici neppure i pellagrosi veterani.

La mortalità dei pellagrosi non può desumersi da quelli soltanto che entrarono nel manicomio, dacchè questi di solito sono sempre i più aggravati e quindi più esposti a soccombere.

Venendo all'*anatomia patologica* dei 37 decessi furono descritte 33 autopsie, di cui alcune per ragioni igieniche limitate al cranio ed al petto. Nei cadaveri non si rimarcarono lesioni anatomo-patologiche comuni a tutti i casi, però qualcheduna sempre di una stessa categoria, in relazione almeno al processo morboso, che la produsse. Queste poi l'A. le distingue da altre, che egli ascrive a complicazioni esistenti, oppure a circostanze speciali, per cui in certuni le stesse cause produssero alterazioni anatomiche diverse. Nelle prime comprende quelle dipendenti da difettosa nutrizione degli organi, delle quali nei cadaveri si trovò sempre qualcheduna (atrofia od anemia di varie parti del cervello; anemia o edema della pia-madre; atrofia e pallidezza dei muscoli ed intestini; adiposi del fegato; il cuore grasso, infine l'atrofia dei reni e quella bruna del cuore).

Come lesioni di *identiche origini* l'A. comprende le iperemie da *stasi* trovate nel cervello, nella pia-madre, nei reni, ecc., e

certe flogosi evidentemente incominciate colla stasi passiva, quali la pneumonite ipostatica, la colite ulcerativa e fors'anche la pachimeningite emorragica. Mette in seguito fra le lesioni spettanti a complicazioni: la cirrosi del fegato, l'ipertrofia della milza, l'ateromasia dell'aorta e dei vasi cerebrali, i vizj cardiaci, vascolari, le traccie di aracnoiti sofferte, ecc. Queste lesioni, sebbene indipendenti dalla pellagra l'A. crede, che abbiano contribuito a sviluppare le suddette lesioni trofiche, mentre altre vi avrebbero concorso punto o poco quali sono: certi vizj di conformazione, talune affezioni corticali a focolajo, il glioma trovato nel cervelletto, ecc.

Ammesso poi, che in circostanze speciali, le stesse cause hanno in certi individui prodotte alterazioni diverse, l'A. si spiega l'adiposi dell'omento e la copia di adipe del tessuto connettivo sottocutaneo trovato in alcuni pellagrosi, attribuendola all'oligoemia maggiore in taluni che in altri. Negli oligoemici è scemata l'eliminazione dell'anidrite carbonica e perciò i grassi introdotti nell'organismo vi restano. Conchiude citando, che l'adiposi venne ritrovata nei cadaveri dei pellagrosi più oligoemici.

In fatto di osservazioni microscopiche, mancando di proprie si riferisce a quelle fatte da altri, dalle quali risulterebbe, che anche le lesioni degli elementi dei tessuti, escluse le complicazioni, sono lavori di processi atrofici. L'A. si domanda perchè nelle necroscopie dei pellagrosi si trova tanto frequente l'atrofia cerebrale, mentre negli animali sottoposti all'inanizione il cervello perde in peso meno degli altri organi. Cerca spiegare la contradizione osservando, che tali esperienze, più che la cronica tendono a produrre l'inanizione acuta; che mai non si son fatte su animale omnivoro come l'uomo, nè con cibo quasi esclusivo ed insufficiente per quantità e qualità; che in queste condizioni non si sa quali degli organi verranno colpiti di preferenza dal processo atrofico; che il cervello degli animali funzionando meno e consumando meno che nell'uomo, richiede minor copia di materiali nutrienti per sfuggire all'atrofia; che infine negli animali non rinvengonsi ateromasia dei vasi e vizj cardiaci, che nell'uomo devono spesso favorire la genesi dell'atrofia cerebrale.

La *cura* fu rivolta a combattere lo stato morboso generale comune a tutti ed in particolare qualche sintomo imponente e mi-

naccioso. Per cura diretta la dieta' corroborante, buona igiene, i tonici, il ferro e rimedj atti a rendere più attivo il ricambio materiale (arsenico e piombo). Guarirono coloro, le cui lesioni organiche non erano così gravi da compromettere le funzioni più importanti della vita somatica. Per cura indiretta l'alimentazione forzata nei casi di sitofobia, li eccitanti e le applicazioni fredde, ecc., nelle stasi; nei catarri gastrici li alcalini ed i tonici; nelle diarree tutti i farmaci proprj e noti. Contro la diarrea, che fu il caso patologico più ribelle, si sta ora provando anche la cotoina. Parimenti la seconda cura riuscì o meno secondo il grado più o men grave della malatia.

Dott. *Chi...*

NOTIZIE - VARIETÀ

Il Manicomio di Parma in Colorno. — *Lettera all'Illustrissimo signor cav. dott. Giuseppe Vergani, Deputato Provinciale. — Parma.*

Nello scorso giugno io aveva l'onore di presentare all'Onorevole Deputazione Provinciale una *nota* particolareggiata e ragionata di parecchi lavori — alcuni dei quali dichiarati d'urgenza — che sarebbe necessario di compiere in questo Manicomio, affine di renderlo, secondo li intendimenti della Provincia, il più che è possibile, profittevole alla salute ed all'assistenza dei poveri alienati. Nel chiudere tale *nota* io faceva osservare, che mediante le opere in quella proposte, si provedeva bensì alla materiale sicurezza ed alle esigenze igieniche dell'Asilo, ma si lasciava ancora che questo Istituto rimanesse monco ed inefficace dal lato dell'azione curativa, abbandonando in massima parte le malatie al decorso spontaneo ed aspettando dal tempo e dalla forza medicatrice quanto è dato ottenere più rapidamente e più durevolmente da una razionale, illuminata e ben diretta terapia.

La scienza psichiatrica moderna togliendo i ceppi ai poveri pazzi e compiendo quella grande riforma dei manicomj, che rese illustri il nostro Chiarugi ed il francese Pinel, scoprì e dichiarò che il più acconcio strumento di guarigione per le in-

fermità della mente si è il *lavoro* regolato e continuo, il lavoro vario ed esteso ad un gran numero d'infermi. Nei più reputati Asili italiani e stranieri il lavoro, come geniale occupazione della mente e ginnastica del corpo, viene impiegato non tanto a curare li alienati poveri, ma eziandio i ricchi, che pur trovano nel lavoro qualche momento di tregua alle morbose attività della loro psiche. Per questo, deplorando che il nostro Manicomio non presentasse modo di tenere occupati molti infermi e impressionato dal numero sempre crescente dei pazzi pellagrosi, che appartengono tutti alla classe dei lavoratori della terra, io proponeva in quella *nota* l'istituzione di una *Colonia agricola-industriale*. Ma la mia proposta, non giova il tacerlo, era timida e fredda, non per difetto di convinzione sulla sua utilità, ma pel timore che tale importante aggiunta non entrasse negli intendimenti del Consiglio provinciale ed uscisse dai limiti imposti all'indirizzo ed allo sviluppo del nostro Manicomio. Infatti, fino dal 1878 presentata e svolta dall'Onorevole Arisi la proposta di istituire la Colonia agricola, ne fu dal Consiglio provinciale affidato lo studio ad una speciale Commissione, la quale per una lunga serie di argomenti la respinse (1).

Ora però che Ella, Illustissimo signor Deputato, ha mostrato, visitando ultimamente il Manicomio, di essere penetrata della utilità della Colonia agricola e della facile sua istituzione presso questo Asilo, lasciando in disparte qualunque considerazione che non abbia riguardo all'interesse sanitario dei nostri ricoverati ed a quello economico della Provincia, mi pregio di tornare più ampiamente sull'argomento e di sottoporre alla S. V. Ill. le ragioni scientifiche ed economiche che dovrebbero formare la base ed il punto di partenza di una nuova e formale proposta per l'impianto dell'accennata istituzione.

Scrisse il compianto prof. Livi che *senza lavoro non si può dare Manicomio vero* (2); e ben a ragione, perocchè il lavoro significhi quiete, ordine e disciplina, educazione fisica e morale,

(1) Vedi *Atti del Con. Prov. di Parma.* Anni 1878-79.
(2) Vedi *Gazzetta del Frenocomio di Reggio-Emilia,* Anno II, N. 34.

giocondità di spirito e compostezza di mente. Il lavoro fu il grande ordigno che compiè la trasformazione degli Asili e da tetre prigioni con ferri e catene li cambiò in Case di salute; fu lo strumento primo e più valevole per operare quei prodigi di guarigione che le statistiche psichiatriche hanno registrato.

L'influenza igienica e terapeutica del lavoro sugli alienati si dispiega in due modi differenti; in modo diretto sul fisico, ed in modo indiretto sulla psiche. La fisiologia e la patologia insegnano che il maggior consumo organico viene dato da quegli stati che menano seco una esagerata attività nerveo-muscolare e quindi l'alienazione mentale è fra tutte le malatie quella che esaurisce di più e consuma le forze dell'individuo. Ciò è dimostrato rigorosamente dalle investigazioni cliniche (peso dei malati, esame delle urine, ecc.) e salta con evidenza agli occhi di ognuno che abbia appena qualche pratica di Manicomio. Nelle forme agitate quella generale eccitazione dell'organismo, quella scompostezza degli atti vegetativi e psichici induce una considerevole perdita di materiali organici, onde la nutrizione illanguidisce, la sanguificazione è alterata ed il cervello si avvia più presto a quello stato di disorientazione chimico-molecolare che trae seco la demenza. Nelle forme di depressione, mentre persiste l'attività per le allucinazioni e le illusioni, ogni funzione organica langue e deperisce: la digestione è affievolita, la sanguificazione è lenta, il respiro superficiale, il circolo depresso: persino le secrezioni o fanno difetto o mancano del tutto. Allora si stabiliscono quegli stati di intorpidimento fisico che conducono all'anemia e alla cachessia.

Sventuratamente il nostro Manicomio presenta molti esempj di tutto ciò: abbiamo, massimamente fra le donne, degli individui che appena si riconoscono per esseri umani. Sucidi, luridi, incuranti dei loro bisogni, giacciono ora aggomitolati su sè stessi, ora sdrajati al suolo, colle vesti discinte, coi capelli scomposti, colla fisonomia patita, pallidi, scarni, anemici. Il loro organismo tradisce l'affievolimento mentale: la riduzione del corpo denota la ipotrofia generale dei tessuti, subordinata all'ipotrofia cerebrale e nervosa.

E questi esseri, che fanno tanta penosa impressione sulle persone che visitano il nostro Manicomio, in massima parte sono

condotti a tali deplorevoli condizioni psico-fisiche, perchè fin dal principio della loro ammissione furono lasciati in un'assoluta inerzia e non poterono con un regolare e continuato lavoro esercitare le attività organiche nel loro cómpito fisiologico.

Il lavoro, infatti, è moto e nel moto sta la vita. L'esercizio muscolare, riattivando il circolo ed il respiro, mantiene più pronti e più facili i processi di ossidazione e disossidazione organica, donde una migliore ematogenesi, una più abondante e più adeguata irrigazione sanguigna di tutti i tessuti e dell'encefalo e più facile il riordinamento delle facoltà mentali e la conservazione della integrità fisiologica dei tessuti. Col lavoro regolato si coordinano e si moderano li scomposti movimenti e li agitati ed i semi-agitati si fanno più tranquilli: i melancolici trovano nell'occupazione qualche cosa che li svia dall'incessante pensiero della loro miseria, della loro perdizione, e qualche cosa che li riconcilia colla vita: coloro che sono affetti da delirj sistematizzati soffocano nel lavoro le moleste ed insistenti allucinazioni: persino li imbecilli e li idioti traggono vantaggi dalle ordinate e regolari occupazioni, perchè per esse si sviluppano quei pochi germi di educazione che pullulano a stento dai loro mutilati cervelli.

Tutti poi frenastenici, maniaci, lipemaniaci e dementi, agitati e tranquilli, malati e convalescenti guadagnano in vigoria, in compostezza, in pulizia, in giocondità: il Manicomio prende un aspetto nuovo e ridente: non è più un luogo di orrore, una Casa di pena, ove si raccoglie una popolazione selvaggia e bruta, ma un Istituto, dove supreme leggi sono il lavoro e la benevolenza e dove il povero alienato ritrova le proprie abitudini e quasi rivive la vita della propria famiglia.

V'ha nel nostro Manicomio una classe ben numerosa d'infermi pei quali il lavoro diventa una assoluta necessità terapeutica. Intendo i pazzi pellagrosi, la cui cifra sale spaventosamente ogni anno. Le controversie che regnano tuttora sull'etiologia della pellagra, di questa profonda discrasia che altera tutta quanta la compagine dell'umano organismo, non possono mo-

dificare fin ora i metodi di cura comunemente usati a combatterla, perocchè accettando pure la teorica di coloro che ne ripongono l'essenza nell'*insufficiente alimentazione e nelle condizioni antigieniche* (Balardini, Lussana, ecc.) o quella del Lombroso che ne cagiona il *maiz guasto* o quella *micotica* del Majocchi, resta sempre vero e dimostrato che nei pellagrosi il sangue si altera per qualità e quantità (Seppilli) e che tutti i tessuti risentono l'effetto di quella morbosa irrigazione sanguigna. Migliorare la nutrizione con un congruo trattamento dietetico ed igienico, favorire li scambi nutritivi con un ben diretto esercizio muscolare e con opportuni rimedj, ecco in breve lo schema, da tutti riconosciuto ed accettato, di ogni razionale trattamento della pellagra.

Ma il nostro Manicomio, circa la cura dei pazzi pellagrosi, difetta assolutamente per la mancanza del lavoro. La buona igiene e la buona alimentazione non bastano a guarire perfettamente la frenosi pellagrosa. Bisogna che tutto si contemperi in guisa da ottenere una guarigione perfetta e duratura. La unilateralità della cura o non riesce o facilita, anche riuscendo, la recidiva: e così il Manicomio si popola sempre più ed aumenta sempre la vergognosa piaga del « *male della miseria.* »

I pazzi pellagrosi che vengono al nostro Manicomio, qualora non si trovino negli ultimi stadj della malatia, chè allora soccombono assai presto, dopo breve soggiorno nell'Istituto, mediante una cura tonico-analettica, ricompongono le loro scomposte facoltà mentali e si mostrano psichicamente guariti. Ma la guarigione non è che illusoria: dimetteteli oggi dal Manicomio e domani ne torneranno peggio di prima. Gli è che la discrasia non è debellata; infatti si legge nel loro volto pallido e anemico, nella loro cute disquamata, nei loro disordini gastro-intestinali l'impronta del male. Hanno bisogno di altre cure, hanno bisogno di un lunghissimo soggiorno nel Manicomio per uscirne proprio guariti. Ho visto alcuni tornare dopo dieci, dopo venti giorni, dopo un mese: ed erano stati in Manicomio circa un anno! Perchè tanta maggiore facilità alla recidiva nei pazzi pellagrosi che negli altri? L'ho già detto più sopra; perchè la cura da noi fatta è monca, unilaterale: perchè ciò che diamo al pellagroso da una parte gli togliamo dall'altra: perchè in-

somma non faciamo la cura preventiva mediante il lavoro.

Tutti i nostri pellagrosi sono contadini: come occuparli in qualche lavoro, come tener desti i loro muscoli, come prevenire li effetti funestissimi della disoccupazione e dell'inerzia? I più sono affatto miserabili. Uscendo dall'Asilo, eccoli tornati al loro vitto insufficiente, alle loro condizioni antigieniche: eccoli costretti al duro e faticoso lavoro del contadino. Ma i loro muscoli sono intorpiditi, ma erano avvezzi ad un cibo sostanzioso e a questo cibo rozzo e poco nutriente e a questa improba fatica non possono più reggere. I processi nutritivi ed assimilativi del loro corpo si disequilibrano, il sangue si altera presto e ritornano in iscena i fenomeni mentali. Questa è la storia fisio-patologica della recidiva nella pellagra, storia veridica che ogni giorno cade dolorosamente sotto li occhi.

Per occupare adunque i convalescenti pellagrosi, affine di compiere la loro cura, è necessario esercitarli in lavoro cui siano avvezzi: è necessario che la vita del Manicomio non sia per essi che una continuazione migliorata della loro vita abituale; è necessario insomma istituire la Colonia agricola e chiamare alla coltivazione della terra tutti quanti i pellagrosi convalescenti che sono atti al lavoro.

L'applicazione del lavoro agricolo alla cura degli alienati risale fino all'illustre Pinel, che fu il primo a mostrarne l'importanza igienico-terapeutica. Subito dopo (1828) nell'Asilo di Sant'Anna a Parigi furono da Ferrus applicati alla coltivazione dei campi circa 200 alienati e quasi nello stesso tempo l'Ellis in Inghilterra e il Langermann in Germania alla loro volta occuparono i pazzi nell'agricoltura. Nel Belgio dove il trattamento libero dei pazzi fu portato alla sua più alta espressione, il lavoro dei campi fu introdotto come elemento principale di cura nel famoso villaggio di Gheel, ove i mentecatti menano vita comune cogli abitanti del paese. Ma la vera storia delle Colonie agricole quali istituzioni annesse ai Manicomj, risale a poco prima del 1860. Il dott. Labitte a Clérmont, in Francia, fondava sopra uno spazio di 225 ettari di terreno la colonia di Fitz-James, la quale nel 1861 occupava in lavori agricoli e domestici più di 300 alienati. Ecco come si esprime intorno ai risultati della medesima lo stesso dott. Labitte:

« I risultati ottenuti dalla Colonia dopo la sua fondazione « sono una serie di trionfi tanto dal punto di vista di scienza « medica che dal punto di vista amministrativo. Imbecilli, « idioti, furiosi sono diventati operosi, mansueti e perfino in- « telligenti operai. Incurabili che erano un continuo oggetto di « pericolo e di scandalo pel loro paese e un grave peso per le « loro famiglie hanno potuto abbandonare lo Stabilimento. Questi « ammalati tornati alle loro famiglie, per l'abitudine al lavoro « ed alla disciplina contratta nella Colonia, sono diventati man- « sueti e capaci di utili occupazioni. » (1)

In quest'ultimo ventennio in Francia, dopo l'esempio del Labitte, in Germania, dopo la voce autorevole del Griesinger (2), in Italia, dopo lo Zani ed il Livi, si diffusero e si moltiplicarono le Colonie agricole. In Inghilterra, a dire del Morselli (3) alcuni Manicomj possiedono per proprio conto delle estese fattorie, dove nulla manca e dove tutto viene eseguito dalla mano dei ricoverati. Volendo citare alcuni Manicomj che provedono ampiamente di lavoro i proprj ricoverati basterà, per non uscire d'Italia, ricordare quelli di Reggio-Emilia, di Palermo, di Torino, di Firenze e di Mombello, che tutti possiedono una vera e propria Colonia e quelli di Lucca, di Roma, di Perugia, di Siena, di Imola e di Macerata, che hanno introdotto su larga scala il lavoro agricolo e industriale.

Il nostro Manicomio, pel quale l'istituzione della Colonia è ancora un desiderio, si trova adunque in condizioni di assoluta inferiorità verso il più gran numero dei Manicomj italiani e stranieri. Se questo fatto non venisse a detrimento della salute dei ricoverati e non recasse un vuoto considerevole nella gestione economica dell'Ospizio l'Onorevole Consiglio provinciale potrebbe benissimo rinunciare all'importante riforma che qui si propone; ma, oltrechè i vantaggi della medesima sono indiscutibili, la sola facilità colla quale il giardino della Provincia

(1) Citato da L. Ascher nell'Opuscolo *Intorno ai nuovi principj ed agli scopi nella cura dei mentecatti.*

(2) *Sullo sviluppo progressivo dei Manicomj in Germania.* 1866.

(3) *Sul lavoro agricolo è industriale dei manicomj.*

può essere trasformato in Colonia agricola varrebbe a consigliarlo.

È provato che la sede delle Colonie deve essere il più possibilmente vicina al manicomio. E ciò per più ragioni, alcune d'ordine medico e disciplinare, altre d'ordine amministrativo. L'unità della direzione medica negli Istituti manicomiali è cosa che niuno può pensare a mettere in dubio: è necessaria pel buon andamento, per la disciplina, per quell'insieme di uniformità e di ordinamento senza di cui ogni buono scopo viene tolto. Bisogna che tutto cada sotto li occhi vigili del medico a cui spetta, a proposito del lavoro, rintracciare le indicazioni e le controindicazioni; le quali possono presentarsi all'improviso, ad ogni momento, col bisogno dell'intervento attivo del sanitario.

Così, quando si presenti l'occasione, il medico potrà subito far eseguire qualche lavoro a quei malati, pei quali l'indicazione sia chiara e netta, come pure potrà far desistere coloro che diano cattiva prova, o si mostrino un po' eccitati e pericolosi a sè ed agli altri. Se la Colonia od il luogo di lavoro sarà lungi dal manicomio, oltrechè non è più possibile una continua e diretta sorveglianza, si andrà incontro ad un dispendio che ogni ragione economica sconsiglia: bisognerà destinarvi un medico, un completo personale di sorveglianza, e tutti quei servigi generali che già esistono nello Stabilimento.

Fin da quando sorse la prima idea di trasferire li alienati nel palazzo di Colorno, il giardino a quello annesso fu designato come sede della futura Colonia agricola. Quantunque ciò non sia esplicitamente espresso, appare tuttavia con molta evidenza da alcuni luoghi della Relazione Ughi-Guatelli publicata negli *Atti del Consiglio provinciale del* 1869:

« Sentiamo nell'animo profondo il convincimento che quivi si « aprirebbe una meraviglia di Manicomio sia pei grandiosi ser- « vigi che di già vi esistono, sia per le comodità che presenta: « sia pel *grandioso e mirabile giardino* di ben sedici ettari esteso « (Guatelli). Egli (l'Economo) avrebbe l'incarico di prevedere « tutti i bisogni e di provedere a tutta l'azienda economica « nella più vasta estensione del termine, non che di essere a

« capo dell'*azienda rurale* che si vorrebbe instituire nello « Stabilimento (Ughi). »

E veramente il giardino annesso al Palazzo provinciale, che fu un tempo « uno dei più bei giardini d'Italia » ma che ora ha preso per lunga trascuranza l'aspetto di una selvaggia foresta, si presta in tutti i modi e per ogni riguardo ad essere trasformato in Colonia agricola. Alle porte del Manicomio, con una estensione considerevole di suolo, proveduto di cinta e di cancelli, munito di un corso d'aqua irrigatorio, riesce adatto ad ogni sorta di coltivazione agricola ed orticola. Il terreno fertilissimo, lavorato dagli alienati sotto l'abile direzione di un infermiere-contadino, darebbe superbi prodotti che farebbero lieti di loro fatiche i coltivatori e sgraverebbero d'assai il bilancio del Manicomio. Vedremmo allora i poveri ricoverati cibarsi dei frutti del loro lavoro e sui volti sudati potremmo leggere l'interna soddisfazione e la gioja del cuore.

Atterrare tutte o quasi tutte le annose piante che inselvano il giardino e col prodotto della loro vendita ridurre il suolo ad un'unica livellazione e costruire una casa colonica o qualche capanna a riparo del bestiame e degli attrezzi rurali; ecco tracciato in breve lo schema del lavoro che sarebbe necessario di eseguire per ottenere una vasta e fertile Colonia.

Ma qui mi piace far subito notare come, risultando da calcoli approssimativi che il prodotto netto delle piante sarebbe superiore alle 20,000 lire, colla somma ricavata la Provincia potrebbe non solo provedere alla sistemazione della Colonia, ma eziandio eseguire alcuni degli altri lavori che sono necessarj nell'interno del nostro Stabilimento. La livellazione del suolo non occorre che in qualche parte del giardino e può esser fatta senza bisogno di trasportarvi materiale dal di fuori, essendo che ciò che vi ha di più in certi luoghi basta a coprire la deficienza degli altri: inoltre questo lavoro che è il più necessario e che sarebbe un po' dispendioso, può essere tutto quanto eseguito e in breve tempo dai nostri ricoverati.

Col prodotto adunque delle piante del giardino la Provincia, senz'altra spesa ed anzi con molto risparmio, potrebbe fornire il nostro Manicomio di una bellissima ed ampia Colonia, dar

lavoro a più di cinquanta ricoverati e provedere assai bene agli interessi sanitarj ed economici dell' Istituto. Io non sono così pratico di aziende rurali da poter calcolare la rendita annua di un corpo di terreno dell'estensione di circa 13 ettari, fertile e ben coltivato, ma parmi che debba essere ben superiore a quello che la Provincia presentemente ricava dall'affitto del giardino.

Ma all'atterramento delle piante e alla trasformazione del giardino potrebbero moversi da taluni alcune objezioni; e a questo mi preme innanzi tutto rispondere. Sorvolo sulla questione archeologica, perchè mi sembra che la salute e il benessere dei poveri alienati non debbano giammai venire posposte al desiderio, ancorchè dettato dal sentimento dell'arte, di conservare un vecchio avanzo di tempi la cui memoria dovrebbe essere cancellata. E fosse pure commendevole tale desiderio, e allora perchè non si sostiene una grossa spesa per mantenerlo nell'antico splendore, ma si lascia che il tempo gli tolga man mano ogni bellezza, e ai fiori sostituisca ruvidi sterpi, e vicino alle piante che si ergono ritte e maestose crescano arbusti rachitici ed incolti? Si potrà dire ancora che, soppresso il giardino il vasto Palazzo provinciale perde assai del suo valore. E sia. Ma può sperare la Provincia di poter alienare quel vasto immobile, che ha sentito l'opera distruggitrice del tempo e che da un lato minaccia rovina? E chi potrà esserne invogliato all'acquisto, mentre la parte migliore più ridente e più igienica, è così vicina al Manicomio che non possono a meno di essere sentite le urla e le grida delle pazze agitate?

Secondo il parere di molti, il taglio delle piante del giardino sarebbe da farsi assai presto, perchè parecchie di esse, checchè ne dicano alcuni, sono giunte a tal grado di maturità da dover perdere molto del loro valore, esposte come sono da lunghi anni alle intemperie e piantate su di un suolo che non è propizio ad una crescita ulteriore. Infatti non è raro che alcune delle più annose o vengano invase dal tarlo, o cadano con facilità atterrate dal vento.

Potrebbe sorgere in taluni il timore che il taglio delle piante avesse sfavorevole influenza sulle condizioni igieniche del Manicomio, non ponendo più salutare riparo all'atmosfera carica

di miasmi palustri che viene dalle circostanti risaje. Ma questa objezione cade di per sè stessa, quando si consideri che le risaje sono a considerevole distanza e che altre località situate nella medesima direzione del Manicomio e sproviste di qualunque difesa vanno pure esenti dall' influenza della malaria. Ad ogni buon fine però si potranno lasciare in sede alcuni platani e piantare intorno intorno degli eucalipti allo scopo di mantenere sempre pura ed igienica l' atmosfera.

Io credo così, ill. sig. Deputato, di avere, quantunque in modo incompleto e senza quel corredo di dottrina che l' argomento richiederebbe, accennato ai punti principali che valgono a dimostrare, non dirò l' utilità, ma piuttosto la necessità di stabilire nel nostro Manicomio la *Colonia agricola*. Questa istituzione non sarà certamente un' opera di abbellimento o di lusso, creata al solo scopo di recare sollazzi e ricreazioni ai poveri alienati, ma un semplice trovato per soddisfare alle esigenze della moderna psichiatria e per corrispondere nello stesso tempo a quei principj di economia a cui deve uniformarsi ogni buona amministrazione.

Da quanto sono venuto dicendo fin qui, parmi, ill. sig. Deputato, che possano trarsi le seguenti conclusioni:

1.° Colla Colonia agricola si provede il lavoro a buon numero di ricoverati e si ha in mano un mezzo potentissimo di cura tanto fisica che morale.

2.° Si compie la cura dei pazzi pellagrosi e si prevengono in certo modo le loro recidive abituandoli durante la convalescenza al lavoro dei campi cui devono sobbarcarsi appena usciti dal Manicomio.

3.° Abbreviando col lavoro il corso delle malatie mentali, segnatamente della frenosi pellagrosa, e nello stesso tempo facendo la profilassi della *recidiva* si diminuisce d' assai il numero annuo complessivo delle giornate di spedalità.

4.° Coi redditi della Colonia agricola industriale il bilancio del Manicomio verrà sgravato per una somma abbastanza significante, potendosi trarre dalla coltivazione del suolo e dalla cura del bestiame molti articoli di consumo (grani, frutta, erbaggi, latte, ecc.).

5.° Col taglio delle piante del giardino si potrà avere un ricavo netto che per una parte sopperisca alle spese di formazione e dotazione della Colonia e per l'altra dia modo di compiere parecchi lavori che sono ritenuti necessarj nell' interno del Manicomio per renderlo sempre più igienico e sicuro.

Vantaggi igienici, terapeutici ed economici: ecco adunque quanto dobbiamo aspettarci da questa semplice istituzione che, mentre onora la scienza e chi ne segue i dettami, porge modo di risolvere parecchi di quei problemi economici che sogliono talora imperiosamente presentarsi in ogni estesa azienda.

Il sottoscritto nutre fiducia che queste considerazioni, cui ha l'onore di sottoporre alla critica illuminata della S. V. Illustrissima, saranno prese in seria disamina e fecondate dalla saggezza e dalla dottrina di Lei e di quanti compongono l'Onorevole Deputazione, varranno a suscitare negli illustri Membri del Consiglio provinciale un voto di adesione, pel quale abbia vita al più presto possibile la *Colonia agricola*, complemento necessario del nostro Manicomio.

Accolga intanto, Onorevole signor Deputato, dal sottoscritto i sensi della più distinta considerazione.

Colorno, *agosto* 1882. Dev.° Dott. *Camillo Fochi.*

Il Manicomio di Roma e i suoi medici. — Nell'ultimo ventennio in quasi tutti i Manicomj italiani si è destato un vero movimento scientifico che non rimane al disotto del progresso che si va diffondendo nel paese, e noi vediamo con molta sodisfazione che il Manicomio della capitale, il quale era pur stato recentemente illustrato dal prof. Gerolami, si solleva all'altezza scientifica alla quale ha il diritto e il dovere di elevarsi. Ai colleghi son noti i meriti dell' attuale direttore di quell'Asilo, il dott. Fiordispini. — Ora già da un par d'anni l'egregio dott. Alessandro Solivetti, medico primario dello stesso Manicomio aveva quivi inaugurato un Corso di Psichiatria, e quella Amministrazione prestava gentilmente i locali, e tutti i mezzi d'insegnamento per la clinica psichiatrica. In quest' anno poi si è stipulato una convenzione fra il Governo e l' Amministrazione del Manicomio, in seguito alla quale tolto ogni aspetto

di precarietà si è formalmente costituito un Istituto psichiatrico, basato sui seguenti patti:

1.° Il Governo pagherà al Manicomio di Roma lire 18,000 annue.

2.° In corrispettivo di detta somma il Manicomio assunse i seguenti obblighi.

A. Fornirà i locali necessarj alla clinica provedendoli di tutto ciò che occorre per la scuola.

B. Non si farà nessuna limitazione sul numero degli infermi, ma tutti i ricoverati, ad eccezione dei dozzinanti, saranno a disposizione del clinico.

C. Il Manicomio eseguirà tutte le prescrizioni farmaceutiche e dietetiche che verranno fatte dal clinico.

D. Tutte le machine e tutti li istrumenti, in una parola l'intiero gabinetto fisio-patologico del Manicomio è posto a disposizione del professore insegnante.

In quest'anno il corso venne inaugurato con maggiore solennità, coll' intervento del Ministro della Publica Istruzione Comm. Baccelli, e in quella circostanza l'egregio prof. Solivetti lesse la sua prolusione che trattava « dei progressi della medicina in generale e specialmente della psichiatria. » È una interessante memoria, dotta e limpida, la quale ben rivela come il giovane professore sia degno dell' onorevole incarico che gli venne conferito, e saprà disimpegnarlo con plauso e vantaggio dei suoi allievi. Intanto quel corso ha un uditorio numeroso, e noi ci teniamo sicuri che dovrà fiorire sempre più, mercè le favorevoli condizioni che vennero testè assicurate a quell' insegnamento.

Un altro bravo medico primario del Manicomio di Roma, il dott. Pietro Solfanelli ha cominciato proprio in quest' anno la publicazione di un *Trattato elementare e pratico di psichiatria,* il quale per quello che contiene il primo fascicolo, fa credere indubiamente raggiungerà l' utile intento che si propone. Era più che mai sentito in Italia il bisogno di un trattato recente di psichiatria fatto da un nostro compatriota, e il dott. Solfanelli giovane laborioso, colto, diligente osservatore, sodisferà con plauso alla generale aspettazione! Egli, di certo, renderà anzi col suo lavoro un vero servigio al paese.

Tutto ciò rivela l'operosità che si è destata nel Manicomio della Capitale, e che ridonda in onore di quel personale sanitario, che proseguirà alacremente sulla strada brillante nella quale si è messo.

Biffi.

Il Padre Prosdocimo Salerio. — Di questo distinto alienista che per oltre sette lustri prodigò al Manicomio centrale di S. Servolo in Venezia i tesori della sua carità e della sua ricca esperienza, il dott. Cesare Vigna lesse all'Istituto veneto di scienze, lettere ed arti sullo scorcio del 1882 una compiuta biografia che per alcuni riguardi vuol essere considerata anche come una buona azione.

Passati in rassegna i principali problemi della frieniatria, il dott. Cesare Vigna imprese a dimostrare come le dottrine professate dal Salerio si mantengano tuttora in armonia coi veri progressi della scienza.

Toccò quindi i varj argomenti riferibili al metodo somatico e psicologico, alla istituzione dei manicomj criminali, alle Società di patronato pei pazzi poveri, al sistema di Conolly, alle colonie agricole, al licenziamento dei così detti innocui, dei migliorati e dei guariti, alla necessità di concentrare nella direzione medica la triplice azienda igienico-sanitaria, economico-amministrativa e disciplinare, alla cura morale, al trattamento farmaceutico, alla classificazione delle psicopatie, al riparto dei pensionarj ed alle case di salute, all'istruzione degl'infermieri, alle perizie medico-legali concernenti la responsabilità morale e la capacità civile, ecc.

Egli seppe rappresentare nel Salerio il vero e sapiente eclettico, il quale, sebbene spiritualista sincero, ammirava le splendide risultanze dell'odierno sperimentalismo, ne seguiva fedelmente e con amore i continui progressi, facendosi legge di rivendicare in pari tempo quegl'insegnamenti tradizionali e classici, quelle verità eternamente redivive, che costituiscono uno dei più preziosi depositi della medica scienza.

Ricordò per ultimo le più autorevoli e solenni dimostrazioni della singolare sua estimazione presso ogni ceto di persone, incominciando da quelle oltremodo lusinghiere che fino del 1848

gli diede l'immortale Daniele Manin, presidente del Governo provisorio della Republica di Venezia, per conchiudere che perfino i più celebri specialisti, i quali si erano dichiarati publicamente e colla massima franchezza del tutto avversi alle Corporazioni religiose pel servizio di consimili Istituti, auguravano nel tempo stesso ad ogni manicomio per direttore un P. Salerio. V.

Premj del R. Istituto lombardo di Scienze, lettere.

« 1. Appoggiandosi alla grande quantità di osservazioni e di publicazioni meteorologiche fatte in Italia specialmente negli ultimi anni, riassumere in un volume di non grande mole e di facile lettura i fatti più certi e importanti che riguardano la climatologia del nostro paese. »

Sebbene qui non si abbia riguardo che alla parte fisica dell'argomento, sarà libero ai concorrenti di accrescere il pregio delle opere loro col comprendere nella trattazione anche le applicazioni all'agricoltura e alla salute publica.

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pom. del 1 giugno 1885.

Premio L. 1200.

« 2. Fare la monografia della pellagra nella provincia di Milano, proporre i provedimenti pratici e ben definiti che si potrebbero attuare in linea igienica ed economica per combattere quella malatia e tracciare le parti che dovrebbero prendere in quei provedimenti lo Stato, la Provincia, i Communi e in particolare li Istituti di beneficenza, non che i proprietarj dei poderi e li stessi contadini. »

Tempo utile a presentare le Memorie, fino alle 4 pom. del 30 maggio 1884.

Premio L. 1500 e una medaglia del valore di L. 500.

La Memoria premiata in questo concorso di fondazione Cagnola resta proprietà dell'Autore; ma esso dovrà publicarla entro un anno, prendendo i concerti colla Segreteria dell'Istituto per il sesto e i caratteri, e consegnandone alla medesima cinquanta esemplari; dopo di che soltanto riceverà il numerario.

Tanto l'Istituto quanto la rappresentanza della fondazione Cagnola si riservano il diritto di farne tirare, a loro spese, quel maggior numero di copie di cui avessero bisogno a vantaggio della scienza.

3. « Dimostrare con esperienze se la materia generatrice dell' idrofobia sia un *principio virulento* (velenoso), o un *germe* organizzato (lissico).

« Le esperienze possono eseguirsi esaminando coi reattivi chimici e col microscopio i componenti della bava boccale di un cane idrofobo, anche dopo di averlo ucciso; facendo injezioni sottocutanee in cani, gatti ed altri animali, tenuti sotto rigorosa custodia e osservazione, e sperimentando quegli altri mezzi che si giudicheranno opportuni.

« Supposto che il principio idrofobico sia un germe organizzato, e quindi spiegabile la più o meno lunga incubazione colle condizioni individuali organiche ed umorali del soggetto inoculato, si passerà a determinare il risultato di un trattamento *profilattico antizimico*, a sufficienza continuato (sali di chinino, citrato, solfato, solfofenato di chinino; preparati salicilici; solfiti ed iposolfiti, ecc.), sopra cani e gatti injettati col principio lissico ed in comparazione di animali simili non inoculati, ma trattati cogli stessi rimedj preventivi.

« Se lo studio chimico e microscopico della bava rabbiosa appoggiasse invece l' opinione doversi ad un *virus* o principio velenoso la causa dell' idrofobia, si dovranno esperire comparativamente sugli animali i *potenti rimedj antispasmodici* che la medicina moderna possiede, quali sono il *cloroformio*, l' *etere*, il *nitrito di amilo* per inspirazione, il *cloralio glicerinato* per injezione nelle vene, l' estratto di *canape indiano* (haschisch) per injezione nel retto intestino, ecc. »

La soluzione di questa prima parte dell' importante argomento, che riguarda la *natura* e la *cura* dell' idrofobia, avvierebbe certamente nel modo più positivo e utile agli studj clinici.

Tempo stabilito a presentare le Memorie, sino alle 4 pomeridiane del 1° maggio 1885.

Premio L. 6000.

Le Memorie dei concorrenti potranno anche esser presentate

non anonime, purchè non publicate prima della data di questo programma.

Anche per questo premio straordinario si ritiene obligato l'autore della Memoria premiata a consegnarne all' Istituto cinquanta esemplari e lasciarne tirare maggior numero di copie dall'Istituto e dalla Rappresentanza della fondazione Cagnola.

« 4. Storia critica dei più importanti lavori publicati sul cranio umano da Gall in poi. »

Tempo utile per il concorso, fino alle 4 pom. del 30 maggio 1885.

Premio L. 2000.

Questo concorso di fondazione Fossati è aperto a tutti li italiani.

I manoscritti premiati saranno restituiti all'Autore, perchè ne curi a sue spese la publicazione; e dell' opera pubblicata dovrà consegnarne insieme al manoscritto, tre copie al R. Istituto Lombardo; una delle quali destinata alla biblioteca dell' Ospitale Maggiore, e una a quella del Museo Civico di storia naturale: dopo di che soltanto potrà il premiato ritirare la somma assegnata pel premio. V.

Premio Bressa. — La R. Accademia delle scienze di Torino, annunzia che a cominciare dal 1.° gennajo 1883 venne aperto il concorso al quarto premio Bressa, a cui sono ammessi i soli italiani.

Questo concorso è diretto a premiare quell' italiano, che durante il quadrennio 1881-1884 « a giudizio dell' Academia delle « scienze di Torino, avrà fatto la più importante scoperta, o « publicato l' opera più ragguardevole in Italia, sulle scienze « fisiche e sperimentali, storia naturale, matematiche pure ed « applicate, chimica, fisiologia e patologia, non escluse la geo-« logia, la storia, la geografia e la statistica. »

Esso verrà chiuso coll'ultimo dicembre 1884.

La somma destinata al premio sarà di lire 12,000 (dodicimila).

Nessuno dei soci nazionali residenti o non residenti dell' Academia torinese potrà conseguire il premio.

Nomina. — Il Consiglio Provinciale nominò definitivamente a direttore del Manicomio di Macerata il dott. Giovanni Angelucci che dopo la partenza del prof. Morselli ne aveva tenuto provisoriamente le veci. Ecco una nomina ben meritata, che è stata accolta con soddisfazione da tutti.

Quarto Congresso Freniatrico Italiano

Per questo Congresso che si celebrerà in Voghera nell'autunno del corrente anno vi è già del movimento. La *Cronaca* di quel Manicomio che per un biennio uscì in forma poligrafica, viene quest'anno affidata alla stampa e distribuita *gratis* a quanti si interessano per la detta festa scientifica. Si publica ogni mese; e durante il Congresso sarà l'organo diretto e giornaliero del medesimo.

Nel suo primo numero la *Cronaca* ricorda che i temi da trattarsi nel Congresso sono i seguenti:

Tema I.

« *Porgere il quadro completo, eziologico, clinico e medico-forense della* pazzia morale, *studiando i tipi già esistenti*, *e, potendolo, offrirne dei nuovi.* » Proponente, prof. Tamassia. — *Commissione :* Professori Verga, Tamburini e Tamassia (relatore).

Tema II.

« *Del metodo da seguirsi nelle ricerche psicologiche sugli alienati.* » Proponente, dott. Buccola. — *Commissione*: dottori Bonfigli, Virgilio e Buccola (relatore).

Tema III.

« *Della mania transitoria.* » Proponente prof. Tamassia. — Commissione: Prof. Lombroso e dottori Tarchini-Bonfanti e Venturi (relatore).

Tema IV.

« *Della educazione come profilassi della pazzia.* » Proponente, prof. Morselli. — *Commissione*: Dottori Sacchi, Adriani e prof. Morselli (relatore).

I relatori sanno che due mesi prima del Congresso devono presentare le conclusioni dei loro lavori alla Presidenza della Società, essendo questa obligata di farli stampare e di diramarli ai membri della Società stessa e anzitutto ai membri della Commissione.

Ricorda inoltre la *Cronaca* essere stato aperto nel Congresso di Reggio-Emilia il concorso ad un premio di L. 1000 per il

miglior lavoro concernente la fondazione di un Manicomio per la classe povera. Tale concorso si chiuse coll'ultimo di febrajo del corrente anno, e i concorrenti dovrebbero aver già presentati i loro lavori al prof. Gaspare Virgilio, direttore del Manicomio d'Aversa.

Finalmente la *Cronaca* contiene il programma dell' Esposizione freniatrica che si terrà durante il Congresso in Voghera per cura dell'onorevole Direzione di quel Manicomio, programma che ci faciamo un dovere di riprodurre integralmente e che preghiamo anche i giornalisti nostri confratelli di voler far conoscere ai loro abbonati.

Voghera, 10 *Gennajo*, 1883.

L'ottimo risultato che ebbe in Reggio-Emilia la prima *Esposizione Freniatrica*, inaugurata in occasione del *III. Congresso della nostra Società*, ci ha stimolati a tentare una seconda Mostra di tal genere in Voghera, nella fortunata circostanza del *IV. Congresso Freniatrico*, che avrà luogo in questa città nel settembre del corrente anno.

Pur contenendosi in modeste proporzioni, questa seconda *Esposizione Freniatrica* dovrà avere un carattere strettamente *tecnico e scientifico*, poichè scopo principale della stessa sarà quello di dare un' idea dei progressi, che si sono fatti in questi ultimi tempi nella scienza psichiatrica, nelle discipline affini e nell'ordinamento tecnico ed amministrativo dei manicomj italiani.

A conseguire un tal fine non è a dire qual grande assegnamento si facia sulla cooperazione dei più valenti cultori delle suddette discipline, e come, in ispecial modo, si conti fin d'ora sul concorso di tutti i *Psichiatri, Direttori e Medici dei manicomj*; su quello dei *cultori dell' anatomia, dell' istologia e della fisio-patologia del sistema nervoso*, sul contributo importante che possono portare li *Antropologi*, i *Psicologi*, i *Medici-legali*, li *Amministratori* e li *Architetti costruttori di manicomj*.

A tutti questi Egregi si rivolge in particolar modo il presente appello, nell'intento di risolverli a prendere parte alla suddetta Mostra col massimo impegno, inviando alla medesima quei prodotti della loro operosità, che essi reputino meritevoli di essere, per pregi intrinseci e per pratica utilità, sottoposti al publico giudizio.

Dietro a ciò, gli oggetti da esporsi dovranno appartenere *esclusivamente* alle quattro seguenti categorie:

1.ª Oggetti da considerarsi come *suppellettile scientifica*, e più particolarmente: *apparecchi* e *strumenti scientifici* per lo studio somatico degli alienati; *disegni*, *tavole* e *preparati* dimostrativi di *Anatomia* e di *Istologia del sistema nervoso*.

2.ª *Progetti*, *piante*, *modelli*, *disegni* relativi alla *costruzione* di *manicomj*, *cliniche psichiatriche*, *sezioni per idioti*, *per agitati*, ecc., ecc.

3.ª Oggetti e provedimenti di *igiene manicomiale*, di *sicurezza* e di *cura*, come: *letti*, *seggiole*, *mobilio in genere*, *porte*, *finestre*, ecc., (il tutto preferibilmente di piccolo modello); *oggetti di contenzione*, *apparecchi per l'alimentazione forzata*, *apparecchi di elettroterapia*, *preparati chimico-farmaceutici*, *per la microscopia*, ecc., ecc.

4.ª *Publicazioni scientifiche*, *giornali di Psichiatria*, di *Neurologia* e di *Antropologia*; *rendiconti statistici*, *quadri amministrativi*, ecc., ecc.

Nell'assumere il non facile cómpito di organizzare questa Esposizione, destinata a rendere maggiormente interessante e proficuo il IV Congresso della Società Freniatrica, confidiamo che il valido appoggio di tutti coloro a cui sta veramente a cuore l'avanzamento degli studj psichiatrici ed il miglioramento dei nostri manicomj non ci sia per mancare, poichè solo col potente sussidio di questi Egregi l'opera nostra, oltrechè decorosa per la scienza, potrà diventare feconda di reali e duraturi vantaggi.

Avvertenze.

1.° Li oggetti da esporsi saranno inviati alla *Commissione ordinatrice dell'Esposizione Freniatrica in Voghera*.

2.° I medesimi si dovranno spedire nel tempo che decorrerà dal 15 agosto al 15 settembre del corrente anno, previo avviso di spedizione alla Commissione suddetta.

3.° Degli oggetti da inviarsi, ogni Espositore dovrà mandare alla Commissione stessa un elenco detagliato e preciso, curando inoltre che ad ogni cassa od involto vada unita internamente una nota degli oggetti in essi contenuti.

4.° La Commissione si darà ogni cura acciò li oggetti spediti non vadano perduti, nè siano danneggiati, e provederà, a suo tempo, al regolare rinvio dei medesimi.

5.° Le spese di spedizione e di rimando sono a carico degli Espositori.

Dottor SERAFINO BIFFI, *Gerente*.

MEMORIE ORIGINALI

Contributo alla patologia speciale delle malattie mentali.

DELIRIO ACUTO DEGLI ALIENATI A FORMA MELANCOLICO-STUPIDA. — *Osservazioni del dott.* G. MAJORFI, *2.° ajuto medico assistente al manicomio di Siena.*

Introduzione.

Essendomi nell'anno 1880, mentre ero ancora assistente alla Cattedra di Clinica psichiatrica nell'Istituto di studj superiori pratici di perfezionamento in Firenze, imbattuto in alcuni casi di una forma, se non nuova, almeno non ancora bene abbastanza studiata di psicopatia, mi prese vaghezza di darne una breve descrizione, per maggiormente dilucidarne le pertinenze etiologiche, sintomatiche e terapeutiche, portando ancor io il mio modesto contributo al grande edifizio della scienza: voglio parlare del delirio acuto degli alienati a forma melancolico-stupida.

È oggi generalmente ammessa da quasi tutti gli alienisti, l'esistenza di una forma acuta fra le maniache: primo ad occuparsene ed a richiamarci sopra l'attenzione degli scienziati, fu il Brierre de Boismont (1), del quale non ha guari abbiamo dovuto lamentare la dolorosa perdita. Calmeil (2), Lelut, Parchappe, Falret, se ne occuparono in progresso di tempo; Jensen di Copenaghen (3), ne riassunse in una dotta memoria i

(1) Brierre de Boismont. *Du délire aigu* (*Mémoires de l'Acad. de méd.* Paris, 1855. Tom. XI).
(2) Calmeil. *Maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859.
(3) Jensen. *Allgemeine Zeitschrift für psichiatrie,* 1854.

caratteri principali, e lo chiamò pur esso *delirio acuto;* Il Dagonet (1) lo colloca tra le varietà della mania; il mio illustre maestro prof. F. Bini di Firenze (2), ne fa il quarto e sommo grado della forma maniaca e lo chiama *delirio acuto degli alienati*, e finalmente il Mendel (3) in una dotta e recente memoria, lo chiama *mania grave.*

I caratteri clinici di questa forma sono invero così distinti e spiccati da non esser possibile, per la massima parte dei casi, l'errore; pur nonostante vi furono alienisti i quali non poterono scampare dalla confusione, e quando li studj di medicina mentale non erano ancora tanto avanzati, equivocarono la malattia in discorso con quei casi di tifo, i quali mostrano un andamento rapido eccezionale e prevalenza grande, sugli altri sintomi, dei fenomeni cerebrali; a maggior schiarimento perciò di quello che sarò per dire, stimo utile il far precedere alla casistica, una breve descrizione della *mania grave* o *delirio acuto degli alienati*, affinchè più ovvia ne appaja la differenza con i casi, dei quali avremo in seguito ad occuparci, e questi possano essere facilmente differenziati dalle forme tifiche, colle quali, atteso il loro carattere peculiarmente depressivo, possono andare più facilmente confusi.

Il delirio acuto esplode quasi sempre ad un tratto, senza prodromi ben definiti; raramente avvi malessere, vertigini, senso di stanchezza e periodo iniziale depressivo. L'eccitazione è fino da bel principio fortissima ed intensissima, continua; talvolta avvi vero e proprio

(1) Dagonet. *Traité des maladies mentales.* Paris, 1876, pagina 198 e seg.

(2) Bini. *Definizione e classazione delle pazzie.* Prelezione. Milano, 1879 (Dall'*Archivio ital. per le mal. nervose*, ecc.).

(3) Mendel. *Die manie. Eine monographie.* Wien und Leipzig. 1881.

furore con tendenze impulsive violente e irresistibili, forse occasionate dal vivissimo disturbo circolatorio cerebrale e dalle allucinazioni, alle quali va soggetto il malato.

La incoerenza è massima ed è il più bell'esempio dell'incoerenza maniaca; il malato parla di continuo, lasciando sfuggire dalla sua bocca parole senza nesso e senza senso, insulti, bestemmie, minaccie; si agita incessantemente ed i suoi movimenti hanno alcun che di tremulo e di convulso; il delirio raramente è a base di persecuzione, quasi sempre a base di megalomania.

Alle alterazioni profonde della psiche, tengono dietro alterazioni somatiche assai gravi. Insonnia completa e difficilmente debellabile, sitofobia spinta all' ultimo grado, febbre con polso piccolo e contratto (100-150), con forte elevazione di temperatura (38°-40°-41°,5); faccia accesa, vultuosa, congestionata; sudore abbondante su tutto il corpo; lingua arida, disepiteliata, spasmo glottico idrofobico e contrattura pupillare, respirazione affrettata (35) e finalmente, dopo una serie di fenomeni leggermente convulsivi, uno stato di contrattura generale e lievemente accentuata di tutto il sistema muscolare della vita di relazione, più una ostinatissima stitichezza. Il delirio acuto è di prognosi infausta e per lo più rapidamente mortale (5-10 giorni). Allo stato di profonda e continua agitazione, succede il coma e la morte avviene prontamente con tutti i fenomeni dell' esaurimento nervoso. Raro è che guarisca, ed allora l'affezione passa quasi sempre ad una forma cronica e generalmente a demenza. Nei casi però di mediocre intensità si ottiene la guarigione e allora l'agitazione diminuisce, l'incoerenza si fa più mite e si ha la transizione ad una forma più lieve di mania,

la quale decorre, come lo sogliono ordinariamente tutti gli esaltamenti maniaci.

La natura della malattia più che dalle alterazioni anatomo–patologiche, si desume dalla sintomatologia; essa è evidentemente frutto di uno stato congestivo e forse infiammatorio, più meningeo che corticale; le necroscopie infatti mostrano che avvi in generale congestione, stravaso, essudazione meningea e qualche rara volta periencefalite acuta; ma per chi conosce quanto sieno fallaci i reperti anatomici nelle malattie della mente e come spesso si può equivocare la causa coll' effetto e viceversa, non sarà ancora del tutto dilucidata la questione. Da questo insorge naturalmente la terapia, la quale, escludendo come dannose le emissioni sanguigne generali, si limita alle locali, praticate alle apofisi mastoidee, alle applicazioni fredde alla testa, al bagno generale tepido o caldo prolungato, al cloralio od altri ipnotici e sedativi e all'uso di purganti e di clisteri drastici o revulsivi.

Accennato così di volo alle pertinenze etiologiche, sintomatiche e terapeutiche del delirio acuto degli alienati a forma maniaca, veniamo ora a parlare più propriamente della corrispondente forma melancolico-stupida.

Dei varj casi che ne fu dato osservare, alcuni (2), che riporterò in principio, furono da me più diligentemente raccolti, con quelli esami comparativi ed illustrativi che per ristrettezza del tempo, mi fu dato di fare, degli altri disgraziatamente, ad onta della buona volontà, non posso che presentare semplici sunti, i quali ciononostante saranno abbastanza chiari per poterci condurre alla diagnosi.

Ed ora le storie.

Casistica.

Storia I.ª — Calamai Francesco, d'anni 31, celibe, colono, nato e domiciliato a Barberino di Mugello. Ammesso al Manicomio di Firenze il dì 13 aprile 1880.

Anamnesi antica e recente. — Di carattere mite e tranquillo, amante del lavoro, affezionato alla famiglia, agricoltore e perciò poco istruito, ma dotato di una intelligenza assai sviluppata.

Una sua zia, non si sa se paterna o materna, era affetta da idiozia incompleta ed una sua sorella maritata, da epilessia; nessuna malattia precessa.

Pare che in lui agissero, quali cause determinanti la malattia mentale, patemi d'animo, ma non si sa quali, nè come; l'alienazione sembra, almeno in modo apprezzabile, risalire ai 14 di febbrajo dello stesso anno; allora si mostrava agitato sia pure leggermente, ma chiaramente; non aveva quiete nè posa un minuto; diceva di essere dannato, di volere recarsi a girare il mondo, di volere andare a Roma per recarsi dal Papa, e là chiedere perdono ed assoluzione di una mancanza così grossa, che nemmeno Dio poteva perdonargliela (*sic*). Tuttociò induceva, come ben si comprende, in lui uno stato depressivo molto accentuato; scemato l'appetito cominciò a mangiare svogliatamente dapprima, per ridursi poi completamente sitofobo. Ha da molto tempo perduto il sonno; il delirio di dannazione lo ha spinto al suicidio tentato per annegamento il dì 11 aprile, dopo delusa la vigilanza domestica. Ripescato e condotto a casa, il medico condotto lo trovò in uno stato di prostrazione assai marcata tanto di fisico, che di spirito e di più constatò l'esistenza di una certa febbre, la quale, attesi i suoi caratteri, egli attribuì alla perfrigerazione cutanea subìta nel gettarsi nel fiume. Persistendo il delirio di dannazione, e facendosi il malato ognora più debole di forze,

fu inviato al Manicomio. La mattina del 13 lo trovammo nel seguente

Stato attuale. — Statura giusta, scheletro regolare e bene sviluppato, come pure bene sviluppate le masse muscolari; il pannicolo adiposo è un poco scarso; temperamento sanguigno-nervoso con cute rosea, leggermente tendente al giallastro e fina, muccose visibili un poco pallide e scolorate.

Cranio regolare, simmetrico, quando si escluda una leggerissima asimmetria per maggiore prominenza della bozza frontale destra e dell'occipitale sinistra; fronte leggermente fuggente e occipitale un poco appianato.

Capelli, ciglia e sopracciglia di colore castagno scuro; i capelli mancano alla parte anteriore della testa; iridi castagne chiare, regolarmente conformate e contrattili; naso fino e delicato; orecchi regolarmente conformati ed impiantati; denti sani e bianchi; palato bene arcuato; lingua stretta e ben conformata.

Craniometria

Diametro antero-posteriore		millim.	190
»	bi-auricolare	»	150
»	bi-parietale	»	140
»	trasverso massimo	»	155
»	frontale minimo	»	120
Semicirconferenza antero-posteriore		»	340
»	bi-auricolare	»	350
»	bi-parietale	»	180
Circonferenza		»	570
Angolo facciale		»	87°
Indice cefalico		»	81.58

Tipo del cranio — Brachicefalo.

Torace. Respirazione a tipo costale superiore. Sonorità normale tanto anteriormente, che posteriormente.

Fegato comincia dalla settima costa e sporge appena

dall'arco costale, trasversalmente giunge fino alla linea ascellare anteriore.

Milza. Si estende longitudinalmente dalla nona all'undecima costa, trasversalmente giunge fino alla linea ascellare media.

Triangolo cardiaco (Burresi).

Lato destro	lunghezza centim.		12
Lato sinistro	»	»	12
Base	»	»	15

Angolo superiore sul margine superiore della terza costa a 3 centim. e 1[2 dalla linea mediana.

Angolo inferiore destro sulla parasternale destra.

Angolo inferiore sinistro nel quinto spazio intercostale sinistro.

Margine del ventricolo destro 1 centim. 1[2 sotto la base

In complesso il cuore si mostra leggermente aumentato per l'allungamento di tutti i lati del triangolo, ma non avvi ipertrofia prevalente. All'ascoltazione il mormorio vescicolare si ode normale per tutto l'àmbito toracico a destra tanto anteriormente, che posteriormente, per quanto un poco indebolito per la lentezza degli atti respiratorj; a sinistra mormorio aspro e suppletorio, qualche raro rantolo bolloso e profondo. Impulso cardiaco debole e fiacco. Tuoni del cuore un poco oscuri e profondi; mancanza di rumori anormali su tutti i focolai d'ascoltazione.

Atteso lo stato di profonda prostrazione nel quale giace il malato, non è possibile sottometterlo che ad esami molto superficiali e alcuni non si possono praticare, come quello della contrattilità e sensibilità elettro-muscolari.

La sensibilità generale però, la dolorifica, la termica sono tutte relativamente indebolite e le sensazioni per essere percepite hanno bisogno di essere più potenti e più prolungate dell'ordinario; tale fenomeno è ampiamente spiegato dallo stato psichico del soggetto; le impressioni sono fugaci, per quanto si abbia una certa reazione mu-

scolare. I sensi speciali partecipano tutti alla incertezza ed alla deficienza della sensibilità generale.

Il malato se ne sta supino, abbandonato nel letto; lo sguardo è atono e senza espressione; i lineamenti rilasciati ed improntati a stupidità, la giacitura nel letto ci rendono conto dello stato di gravezza nel quale lo troviamo; in generale è quieto, ma di quando in quando sorgono accessi di agitazione, nei quali tenta di fuggire dal letto e forse di attentare alla propria esistenza.

Ha la febbre piuttosto elevata, ed i polsi sono discretamente pieni, sostenuti e vibrati; non ha tosse nè affanno e la pelle è madida di sudore mediocremente; scuoprendolo, si osserva una forte retrazione di tutto il ventre, il quale appare appianato, infossato poi a raffronto degli archi costali e del bacino, che rimangono in posizione più elevata. All'ispezione appajono anche due tratti longitudinali rilevati ai lati della linea mediana; alla palpazione si nota una contrazione di tutte le masse muscolari del ventre e più specialmente dei retti interni, i quali formano quei due cordoni duri e rilevati che ho poc'anzi accennato; alla percussione il suono si mostra oscuro dappertutto, tranne che sulla regione gastrica, sulla quale l'alta sonorità dello stomaco si estende al di là dei limiti normali forse per dilatazione da gas. La palpazione non suscita alcun dolore, al pari della percussione; non si ha tumefazione splenica, nè epatica; stitichezza abituale ed invincibile.

La fisonomia esprime lo stonamento e la confusione, lo sguardo atono vaga da un oggetto all'altro senza speciale predilezione, oppure si mantiene fisso ed immobile, mostrando a chiare note che l'impressione non giunge al cervello, o come suole comunemente accadere, non è trasformata in sensazione e in idea; interrogato, volge lentamente l'occhio e la faccia a chi lo interroga, ma dura molta fatica a comprendere quello, che gli si chie-

de, se pure vi giunge. Così l'attenzione, per essere risvegliata, ha bisogno di uno stimolo più potente e più sostenuto ancora dell'ordinario, perchè ben presto si stanca e ricade nella consueta atonia; così pure è stentata e difficile la percezione; memoria, ideazione, associazione hanno tutte subito un forte inceppamento, se non nella loro intima essenza, almeno nelle loro manifestazioni; chiamato, interrogato, risponde con voce fievole e lenta dicendo, che *si sente la testa confusa e stonata, non dolente*, che *non può pensare a nulla*, che *non si cura di sapere ove sia*, e spesso esce in queste parole: *Che vuol che sappia! sarà, non sarà!* Però di quando in quando le idee deliranti si fanno ancora strada nel suo cervello, e allora piange, si dispera, si accusa colpevole di un grosso fallo e invoca la morte, per ben presto ricadere nel primiero suo stato di atonia. In tal modo i sentimenti affettivi, morali e religiosi e la volontà partecipano alla lesione generale delle facoltà psichiche tutte; rammentandogli la famiglia mostra di non comprendere, o piange e si dispera; invitato a forzare la sua volontà in un modo qualunque, astenendosi ad esempio dal commuoversi, mostra di averne totalmente perduto l'impero. Gl'istinti sono profondamente lesi (quello della propria conservazione più di tutti gli altri) attesochè oltre alle tendenze suicide assai spiccate, il malato rifiuta quasi completamente cibo e medicine. Per quanto si può rilevare non esistono lesioni della sensibilità centrale, ma forse la concentrazione; la taciturnità, lo stonamento abituale, i periodi di agitazione (*raptus melancholicus*), derivano da potenti allucinazioni o da illusioni che lo tormentano, e che egli per un motivo a noi ignoto, non estrinseca.

Quanto al delirio di natura triste e depressivo, riveste le modalità espresse nell'anamnesi: la loquela è normale per quanto lenta e la voce è debole, ma distinta. Lo stato fondamentale della psicopatia è dunque misto, partecipando al tempo stesso della depressione e dello stupore, come si

rileva dal carattere delle idee deliranti e dalla torpidezza di tutte le funzioni psico-somatiche.

Polso 80. Resp. 27. Temp. 38.3.

Sera. Solito stato, fors'anche più abbandonato del mattino.

Polso 80. Resp. 29. Temp. 38.8.

14 mattina. Medesima giacitura, medesima torpidezza di tutte le funzioni organiche e della psiche. Continuano la contrattura del sistema muscolare del basso ventre e la stitichezza: non ha peranco dormito durante la notte.

Polso 91. Resp. 27. Temp. 38.6.

Sera. Idem.

Polso 87. Resp. 28. Temp. 38.8.

15 mattina. Medesimo stato generale: perdurano il delirio triste, depressivo e la stupidità: costante stitichezza; ventre nelle stesse condizioni: lingua paniosa, sporca, bocca cattiva; orina emessa nelle 24 ore in pochissima quantità, di colore giallo carico, con sedimenti evidentemente composti di urati; mangia qualcosa ma con molta difficoltà. ha dormito qualche poco.

Polso 90. Resp. 27. Temp. 38.4.

Si amministra un caffè purgativo (grammi 200).

Sera. Polso 90. Resp. 25. Temp. 38.6.

16 mattina. Solito stato psichico, confusione e stonamento; due scariche di ventre assai abbondanti nella nottata; le materie sono solide e figurate e ben colorite da materiali biliari; mangia qualcosa di più; continua l'insonnio ostinato.

Polso 99. Resp. 33. Temp. 39.2.

Visto l'accelerarsi del polso e del respiro e il contemporaneo riesacerbarsi della febbre, molto più che la colonna sanguigna arteriosa si mostra assai grossa e resistente, temiamo che negli organi toracici si ordisca qualche processo infiammatorio, onde esaminiamo diligentemente cuore e polmoni: non ci è dato però ritrovare nulla che giustifichi il nostro sospetto.

Limonata in ghiaccio per bevanda.

Infuso di sambuco caldo	gr.	150
Acetato d'ammonio	»	8
Siroppo scorza arancio	»	30

a riprese.

Sera. L'ammalato sta evidentemente meglio; la termogenesi è diminuita, come pure sono diminuite la frequenza del polso e quella del respiro; si nota corrispondere a questo miglioramento un contemporaneo rialzarsi nelle condizioni psichiche. Sempre risultati negativi dal lato degli organi del torace.

Polso 90. Resp. 29. Temp. 38.0.

17 mattina. Continua lo stesso stato: la febbre ha subita una leggiera recrudescenza, come lo dimostrano le cifre seguenti:

Polso 80. Resp. 24. Temp. 38.2

ma lo stato del polso e del respiro è moltissimo migliorato. Considerando, che la febbre prendeva un carattere di remittente e, quello che è più singolare, le remissioni erano più serali che mattutine (il che non favoriva l'ipotesi di febbre da lesioni viscerali), si accoglie il lontanissimo sospetto, che una infezione malarica ignorata o disconosciuta possa in qualche modo influire sullo sviluppo della febbre stessa; perciò si amministra in via di prova:

Solfato di chinino	cent.	60
Zucchero polverizz.	gr.	3

Ripet. Infuso e limonata.

Sera. Polso 75. Resp. 27. Temp. 37.8.

18 matt. Polso 81. Resp. 25. Temp. 38.6.

Presso a poco il solito stato. Si sospende il chinino, ripetendo il resto.

Sera. Polso 80. Resp. 25. Temp. 38.0.

La nuova esacerbazione febbrile, questa volta regolare pel tempo, non porta grandi variazioni nello stato generale dell'infermo.

19 matt. Polso 75. Resp. 24. Temp. 38.2.

Sera. Polso 80. Resp. 24. Temp. 37,4.

L'abbassamento della temperatura al disotto della febbrile, non è accompagnato da quel benefizio che era lecito sperare.

Infatti il malato è anche più confuso del solito: in pari tempo l'invade un' agitazione sorda e concentrata. Chiamato, non risponde, e mugola continuamente; ha le pupille dilatate, lo sguardo sbarrato e la fisonomia esprime ansia e paura, come se una tremenda visione lo tormentasse. Tenta ad ogni momento di fuggire dal letto nel quale riposa, e siccome non vi riesce, solleva e rivolta coperte, lenzuola, materasse, e perfino tenterebbe sollevarne le panchette se queste non fossero fisse. Mangia, ma non ha più avuto scariche di ventre.

20 mattina. Questa mattina il Calamai è più calmo, per quanto continui ben manifesto lo stato di stupore e di concentrazione. Chiamato a nome non risponde, nè mostra avere inteso; pizzicottato, leggermente percosso col dito sulla fronte non mostra avvertire le impressioni esterne, nè avviene in pari tempo reazione muscolare.

Si amministra il solito infuso, più la limonata e un clistere drastico con sena, manna e solfato di magnesia.

Polso 80. Resp. 23. Temp. 37.5.

Sera. Un'abbondante evacuazione ventrale figurata. Solito stato, continua pure la retrazione del basso ventre, ma in minor grado.

Polso 82. Resp. 22. Temp. 37.4.

21 mattina. Niente di nuovo.

Polso 80. Resp. 23. Temp. 37.5.

Si sospende l'infuso e si amministra tuttora la limonata ghiacciata, che il malato prende assai volentieri, mentre quasi ricusa le altre medicine, che bisogna fargli prendere per forza. Si ordinano grammi 30 di siroppo di cicoria composto e si ripete il clistere.

Essendo da qualche giorno manifestamente apirettico si cessa dal fare l' esplorazione termica.

25. Il Calamai si è mantenuto tuttora apirettico; mangia da qualche tempo con discreto appetito, ma persistono l' insonnio, lo stonamento e la confusione. Si alza da tre giorni, ma sia che stia a letto o no, non ha alcuna iniziativa; se ne sta come uno stupido al posto dove lo si pone senza muoversi. Le impressioni esterne lo scuotono mediocremente, avverte però assai bene i bisogni naturali. Chiamato a nome non sempre mostra avvertirlo, ma bisogna più volte reiterare la domanda per esser da lui inteso, allora finalmente si scuote, ruota lo sguardo e insieme la testa con lentezza, fissa l' occhio imbambolato su chi lo interroga e anche quando la domanda è delle più volgari, si stringe nelle spalle, rispondendo con voce fioca e nella migliore ipotesi: *O che lo so io?* ...

29. Nessun cambiamento in meglio. Sempre cupo, concentrato, trasognato, silenzioso; regolarizzato bene del corpo, sparita la stitichezza, scomparsa quasi totalmente la contrattura del basso ventre. Si sospende il siroppo di cicoria composto.

Si ordinano i bagni solfati.

4 Maggio. Questa mattina il Calamai è anche più torpido del consueto, sebbene le sue condizioni fisiche vadano di giorno in giorno migliorando; si è ricusato di alzarsi dal letto e di fare il bagno. Alle nostre domande ha opposto un assoluto mutismo.

5. Solito stato. Si applica un vescicante alla nuca.

7. Il vescicante ha agito pochissimo e non ha suscitato, almeno a quanto sembra, che un mediocre dolore; infatti interpellato l'ammalato se abbia sentito male o no, risponde: *un pochino* colla sua solita lentezza. Si ordinano a scopo di risvegliarlo le frizioni fredde col ghiaccio.

20. Anche le frizioni non hanno approdato a verun ri-

sultato e l'ammalato rimane sempre immerso nel suo stato di abituale atonia.

Dopo circa un anno e mezzo ho avuto occasione di rivedere nuovamente il Calamai, il quale mi si è presentato in buonissimo stato di salute e nutrizione generale. Fino dal 20 maggio 1880 si è rinchiuso in uno stato di mutismo ostinato; mostra però, per quanto lo sguardo e l'espressione della fisonomia rivelino un certo grado di confusione mentale, di intendere, forse non tanto rapidamente, quanto gli si dice. È in generale quieto, tranquillo e regolarissimo di contegno, anzi è di un valido ajuto agli inservienti del Manicomio, dove ha appreso a disimpegnare con assai intelligenza ed accuratezza certe faccende domestiche. Mangia con buonissimo appetito e dorme tutta la notte senza il soccorso di alcun ipnotico.

Ho voluto allora ricercare in lui certi sintomi, che non mi era stato permesso d'indagare dapprima, atteso lo stato generale del malato, il che il prof. Bini mi ha gentilmente concesso.

Così, ad esempio, al dinamometro si hanno i seguenti risultati:

Mano destra	ch.	20
» sinistra	»	17
A due mani.	»	25

E più recentemente ho anche trovata aumentata la forza muscolare:

Mano destra	ch.	32
» sinistra	»	31
A due mani.	»	38

La sensibilità termica, dolorifica dedotte dalle azioni riflesse si mostrano assai indebolite su tutto l'àmbito del corpo. La tattile non dando risposta alcuna non si è potuto esaminare.

L'esame elettrico fatto con un apparecchio magneto-elettrico a rotazione e con un apparecchio volta-faradico, estraendo tutto il cilindro, dà i seguenti risultati.

La sensibilità e contrattilità elettrica si mostrano di-

scretamente sviluppate, ma non sono normali in nessuna parte del corpo; in alcune poi (estremità inferiori) sono quasi abolite.

Certi gruppi muscolari rispondono poco all' eccitazione elettrica, come la maschera facciale, certi altri meglio come il deltoide e pettorali, il tricipite brachiale, altri punto, come il trapezio ed i muscoli della coscia o della gamba; in generale la reazione muscolare è più facile all' apertura che alla chiusura del circuito.

Quei gruppi muscolari, che rispondono male o non rispondono quasi alla corrente, non fanno differenza fra apertura e chiusura.

I sensi speciali sono tutti indeboliti d' assai.

Per l' udito il tic-tac dell' orologio era percepito a 25 centimetri di distanza a destra, a centim. 10 a sinistra. Il gusto presenta incertezza e tardità. La vista pare buona.

Recentissimamente ho poi saputo che il Calamai è uscito dal suo mutismo (dopo due anni e mezzo) e parla con discreta franchezza, manifestando idee improntate a superstizione.

Storia II.ª — Fanti Giuseppa, di Calenzano, d' anni 33, conjugata con figli, attendente a casa, ammessa il 22 marzo 1882.

Anamnesi antica e recente. — Si sa dall' anamnesi che la Fanti era dotata di un carattere mite, tranquillo e attendeva con premura alle faccende domestiche. Non è stata mai altra volta affetta da alienazione mentale, ma ha un fratello al Manicomio. Ha avuto cinque parti normali, ma, tranne uno, non ha mai potuto allattare i suoi figli.

Quanto alle cause che determinarono lo sviluppo della alienazione sappiamo, che è appunto l' ultimo figlio, che essa ha allattato protraendo d'assai l'allattamento e perciò debilitandosi molto. Vanno anche considerate come concause, la miseria, il patema d' animo successivo, ecc.

La prima esplosione della malattia sembra dati dal 3 febbrajo, nel qual giorno essa fu côlta da un accesso melancolico assai ben caratterizzato, ma che non offriva niente di straordinario. Del resto fu cosa lieve, e con poche cure e più che altro con mezzi igienici, guarì, o per lo meno si rimise ben presto in un soddisfacente stato mentale. Perdurò questo stato fino al 20 del mese stesso, nella qual epoca cominciarono a riapparire i fenomeni di prima, crescendo in forza ed in intensità, motivo per cui fu giocoforza condurla al Manicomio.

A casa stava immobile, cupa, pensierosa, scoraggiata e nella massima parte delle sue parole riluceva un delirio religioso triste, profondamente radicato. Interrogata, bene spesso non rispondeva o soltanto diceva: *Dio lo sa*, e non si riesciva a toglierle altra parola di bocca. Talvolta estrinsecava l'idea della propria dannazione, cosa per la quale si disperava e tentava a più riprese di fuggire di casa.

Ammessa al Manicomio, la diagnosi fu di lipemania con leggiera tendenza allo stupore, accompagnata e mantenuta da una profonda oligoemia e da sitofobia, quando più, quando meno accentuata. La cura fu ricostituente con dieta carnea, vino e soluzione del Robiquet (pirofosf. di ferro, citro-ammoniacale) gr. 30 al giorno ed al pasto della sera. Questo medicamento fu sospeso il 30 per rifiuto della malata, nella quale mostravasi ancora più decisa la sitofobia. L'alimentazione dovè allora farsi mediante clisteri di latte e uova, ai quali si aggiungeva un qualche sedativo, come cloralio e tintura tebaica.

La malattia seguì il suo corso regolare fino al 14 aprile, nel qual giorno alla visita della mattina, la trovammo cambiata così come risulterà dall'esame che qui sotto riporteremo.

14 aprile, mattina. La Fanti è di media statura a sistema osseo assai bene sviluppato, ma con poche masse muscolari, flaccide e denutri e e con scarso pannicolo adiposo

Cute di colore giallo terreo e pallida, pallide pure e scolorate le mucose visibili. Capelli abbondanti, un poco cresputi, neri, lucenti; abbondanti, neri e riuniti insieme sulla glabella i sopraccigli. Occhi oblunghi, leggermente obliqui dall'esterno all'interno e dall'alto al basso, ed assai sporgenti per maggior dimensione dei globi oculari. Iridi nere e normali, normalmente contrattili. Fronte leggermente ristretta, ma alta e prominente, con bozze frontali assai sviluppate. Naso lungo, grosso e arcuato. Bocca giusta, con denti abbastanza sani e regolarmente impiantati e con palato discretamente arcuato: la lingua è mobile, stretta, allungata e non agitata da tremiti fibrillari quando la si fa estrarre. Orecchi grandi a lobulo aderente, un po' accartocciati nel senso della lunghezza. Fisonomia atteggiata a mestizia ed a scoraggiamento; lineamenti rilasciati. Cranio a tipo dolicocefalo regolare e privo di anomalie, quando si eccettui una maggior prominenza delle bozze frontali.

Craniometria

Diametro antero-posteriore	millim.	186
» bi-parietale	»	140
» bi-auricolare	»	135
» trasverso massimo . . .	»	142
» frontale minimo	»	121
Semicirconferenza antero-posteriore.	»	325
» bi-auricolare. . .	»	330
» bi-parietale . .	»	185
Circonferenza	»	540
Angolo facciale	»	80.6
Indice cefalico.	»	76.34

Torace. All'ispezione si notano le coste molto sporgenti per la soverchia magrezza della malata ed una conformazione della gabbia toracica, che si avvicina molto a quella così detta *a botte*, con sterno assai rilevato. La respira-

zione è a tipo costale superiore, al giugolo ed ai lati del collo si nota un leggiero battito; l'apice del cuore si scorge pulsare nel quinto spazio intercostale lungo la mammillare sinistra.

Alla palpazione si nota leggermente diminuito, in tutto l' àmbito toracico sì anteriormente che posteriormente, il fremito vocale. L'impulso cardiaco è assai esteso, ma debole assai, e la punta del cuore batte presso a poco, là dove la si vede battere.

Alla percussione la sonorità è esagerata dappertutto.

Triangolo cardiaco (Burresi)

Lato destro.	lunghezza	centim.	10
Lato sinistro	»	»	9
Base	»	»	9 1[2

Angolo superiere a centim. 4 dalla linea mediana sulla terza costa.

Angolo inf. destro nel quinto spazio intercostale.

Angolo inf. sinistro sulla quinta costa.

Margine del ventricolo destro 1 centim. sotto la base.

In complesso, cuore quasi normale, quando non sia un po' aumentato riguardo al sesso.

Il fegato si estende dalla quinta costa a tutto l' arco costale e trasversalmente fino alla linea mediana o poco più.

All' ascoltazione si ode il mormorio vescicolare, tanto anteriormente che posteriormente, molto diminuito di intensità; l' espirazione è leggermente strisciante. Sul cuore odesi un rumore di soffio dolce e sistolico al primo tempo, localizzato alla base e più specialmente ai focolai di ascoltazione dell' aorta e della mitrale.

Addome. — L' addome è piuttosto retratto, abbassato e quasi infossato sui visceri contenuti nel cavo peritoneale. L' ispezione e la palpazione ci fanno avvertire la presenza dei soliti cordoni formati dai retti addominali retratti spasmodicamente, e la renitenza alla mano, assai grande

per tutto l'àmbito ventrale, diventa grandissima sulla linea mediana, dove la sensazione si può paragonare a quella che si avrebbe palpando una tavoletta di legno al disotto di un pannolano. Del resto, la palpazione non suscità dolore in alcuna parte, nè si avverte nella fossa iliaca destra alcun rumore di gorgoglio. Sonorità ovunque deficiente; area gastrica normale.

L' area splenica è limitata dall' alto al basso fino alla decima costa, e trasversalmente fino alla linea ascellare anteriore.

Ha febbre con polso piccolo, celere e fuggevole, lingua patinosa, ma non fuligginosa, come pure non sono fuligginosi i denti; ha vomiturazioni frequenti ma non vomito, presenta una leggiera dispnea senza tosse, è stitica e non mostra traccia alcuna di esantema cutaneo: cute normale.

Tutto il sistema muscolare, tranne i retti addominali e pochi muscoli più fortemente contratti, è in istato di completo rilasciamento. Le sensibilità termica, dolorifica, di contatto, sono tutte quasi completamente abolite; l'eccitabilità pure riflessa è quasi completamente sparita.

Le condizioni psichiche suesposte si presentano notevolmente aggravate, persistendo sempre lo stato di lipemania ed essendosi anche più accentuato lo stupore; la malata è cupa, concentrata cogli occhi semichiusi, muta, insensibile quasi agli stimoli esterni, come alle parole altrui. Sembra però che il delirio depressivo di natura religiosa non l' abbia ancora abbandonata e continui ancora a tormentarla, perchè soltanto le grandi eccitazioni sono sufficienti a toglierla dal suo stato di mutismo e di stupore, per rispondere lentamente e senza alcuna favilla d' intelligenza: *Dio lo sa;* ma sono lampi fugaci e tutto torna ben presto nelle tenebre della concentrazione.

Polso 79. Resp. 26. Temp. 38.2.

Si sospende il clistere di caffè e latte con cloralio e si ordina:

Infuso di sambuco	gr.	150
Acetato di ammonio	»	8
Siroppo scorza arancio. . .	»	30

più 100 grammi moscato da amministrarsi di quando in quando.

Sera. Solito stato.

Polso 82. Resp. 28. Temp. 38.9.

15 mattina. Lo stato di stupore si mantiene sempre lo stesso, e non hanno pure subito alterazione di sorta gli altri fenomeni; persiste la stitichezza, e la retrazione ventrale è sempre ben manifesta.

Si aggiunge ai precedenti medicamenti: infuso di china rossa a spostamento, grammi 100.

Polso 84. Resp. 28. Temp. 38.4.

Sera Niente di nuovo.

Polso 81. Resp. 25. Temp. 38.9.

16 matt. Polso 85. Resp. 27. Temp. 38.7.

Si ordina un clistere purgativo e tamarindo con ghiaccio.

Si è tentato più volte di esaminare l' orina raccogliendola in appositi recipienti, ma atteso lo stato della malata, non è stato possibile, perdendola essa nel letto o raramente emettendola insieme alle materie fecali un po' fluide, per dato e fatto dei purgativi.

Sera. Ha avuto una evacuazione ventrale, ma non per questo la durezza delle pareti accenna a mitigarsi.

Polso 80. Resp. 27. Temp. 38 6.

17 mattina. Solito stato. Soltanto questa mattina è un poco smaniosa, mugola e ricusa con forza e cibo e medicine. Esaminando la cute, la quale è calda ed arida, si notano in corrispondenza delle articolazioni dei polsi, dei gomiti e dei ginocchi grandi placche eritematiche, di un rosso acceso, nettamente delimitate sui margini, di forma irregolare e non rilevate: dette placche non sono, per quanto appare, pruriginose e scompajono con molta facilità sotto la pressione del dito. Esse occupano l' area delle

suddette articolazioni, per circa 8 o 10 dita trasverse, ed hanno una lontana rassomiglianza, almeno per l'ubicazione con l'eritema nodoso delle forme reumatiche articolari.

Polso 79. Resp. 25. Temp. 38.4.

Sera. Solito stato. Le placche si sono estese e si sono fatte più confluenti, ma sono un poco più pallide di quello che erano la mattina, sulle stesse aree e precisamente ai margini di ciascuna placca si sono formate piccole papulette, rotonde, schiacciate, abbastanza distinguibili pel colore più acceso sulla superficie delle macchie, simili in tutto a quella varietà di roseola detta *papulosa*.

Polso 70. Resp. 24. Temp. 38.1.

18 mattina. La Fanti sta un poco meglio; durante la notte ha riposato alcun poco e senza bisogno di rimedio alcuno; non si mostra più come prima riluttante al cibo; anche la retrazione ventrale è diminuita, ma persiste la stitichezza; lo stato di stupore e di adinamia, per quanto sempre un po' pronunciato, è meno appariscente del giorno avanti; intende più facilmente, si volge, apre gli occhi, risponde accusando un fortissimo dolore al capo alla regione del vertice. L'eruzione non si è più estesa, ma nel centro delle macchie sono sorte papule identiche alle marginali, le quali si sono fuse ben presto in papule più grandi, grosse, globose, schiacciate, come le papule del *lichen*, ma che manifestamente se ne differenziano pel loro modo di origine e per la smerlatura dei margini. Il colore delle macchie eritematiche va sbiadendo.

Polso 80. Resp. 24. Temp. 38.0.

Sera. Il miglioramento per quanto piccolo non si smentisce.

Polso 80. Resp. 27. Temp. 38.6.

19 mattina. Continua ancora il miglioramento, mostrandosi la malata più sollevata di corpo e più libera di mente; ora l'attenzione si risveglia più facilmente in lei; la percezione è più pronta, domanda di andare a casa ed estrin-

seca il desiderio di rivedere i suoi figliuoli. Non è più necessario di tenerle il braccio accostato al torace per la esplorazione termica, come per lo innanzi. Ha avuto anche un' abbondante scarica di ventre spontanea, e le pareti ventrali senza essere ancora ritornate nel loro stato normale, hanno molto rimesso della loro precedente durezza. L' eruzione periarticolare è anche più impallidita; nuove papule piccole e coacervate, senza arrossamento sottostante si sono sviluppate ai lati del collo e senza essere accompagnate da risalto febbrile, o da alcun altro fenomeno generale o locale.

Polso 75. Resp. 25. Temp. 38.2.

Sera. Solito stato.

Polso 80. Resp. 25. Temp. 38.9.

20 mattina. La fisonomia più aperta e più sveglia, l'aria più intelligente, la facilità colla quale domanda ciò di cui ha bisogno e risponde alle nostre domande, ci fanno persuasi che veramente la nostra ammalata è entrata in una via di deciso miglioramento. L' eruzione e la retrazione ventrale sono quasi scomparse.

Polso 75. Resp. 24. Temp. 38.1.

Sera. L' ammalata è apirettica e per quanto si ripeta la esplorazione termometrica mattina e sera per alcuni altri giorni, la temperatura non è mai giunta al disopra di 37.2.

23. La mente va gradatamente riordinandosi; l'adinamia, lo stupore sono del tutto cessati: rimane però sempre una tinta ben accentuata di melancolia e la traccia manifesta del delirio religioso triste che l' ha tormentata; le funzioni del ventre sono normali. Si sospendono l' infuso di sambuco e il tamarindo con ghiaccio, lasciandole soltanto il moscato e l' infuso di china. La malata mangia con gusto ed assai e domanda insistentemente di alzarsi.

9 maggio. La Fanti che era nei giorni passati alquanto migliorata, questa mattina alla visita si mostra silenziosa, afflitta; la fisonomia è scomposta e si scorgono in lei i

segni di un gran dolore morale: domandata della causa di questo mutamento di scene non risponde, e dà in un dirotto pianto dapprima, poi allega ragioni deliranti fantasticando sulla religione.

13. Ha ricevuto la visita del marito, il che non ha prodotto su lei alcuna impressione; è ricaduta in uno stato di quasi mutismo, che rasenta molto davvicino lo stupore dal quale era stata presa per lo avanti: interrogandola, soltanto a forza possiamo strapparle di bocca queste parole: *Facciano loro, ma facciano le cose giuste.* Mangia però e si mantiene sempre apirettica. Dorme poco.

16. Continua lo stato di melancolia e di stupore.

Tintura tebaica	goccie	10
Alkermes.	gram.	100

21. Non solo non si è guadagnato niente nello stato psico-fisico della malata, ma essa è completamente ricaduta in un profondo stato melancolico-stupido ordinario.

Si sospende la tintura e si amministra:

Idroclorato di morfina . . .	centig.	3
Alkermes.	gram.	100
Moscato	»	100

10 giugno. L'ammalata ha ancora maggiormente scapitato sia nelle condizioni generali, ad affievolire le quali ha ancora potentemente contribuito la scarsissima alimentazione. Sempre triste, abbattuta, profondamente addolorata, concentrata, silenziosa, insensibile. A volte, a scatto di molla, tenta fuggire dal letto, o dal dormitorio nel quale si trova; è sparuta e pallida in volto, denutrita e debole della persona; dorme pochissimo, non si piega ad alcun lavoro ed è fortemente stitica del corpo.

Si sospende la morfina, si amministra:

Punch al rhum	grammi	60

Essendomi allontanato dal Manicomio di Firenze, devo alla gentilezza del prof. Bini ulteriori ragguagli

sullo stato di quest' ammalata, la quale andò continuamente deperendo tanto di mente, quanto di fisico, si fece sudicia, e caduta nella più completa demenza, visse due anni ancora di una vita di abbrutimento e puramente vegetativa.

Non ne posso con mio sommo rincrescimento presentare la necroscopia, per dimenticanza non mia: ma quando si rifletta che dalla malattia prima alla morte intercorse un periodo di circa due anni e mezzo e che essa passò per tutte le fasi della demenza, prima di morire, è probabile che anche se avessimo potuto praticarne l'autopsia, non avremmo riscontrate alterazioni decisive, o almeno le note anatomiche non avrebbero corrisposto alla forma primitiva. . . .

Storia III.ª — Baralli Chiara, di Marradi, d'anni 74, miserabile, vedova.

Mancano la eredità e qualunque predisposizione congenita o acquisita. Malattia sviluppata da 8 giorni nei quali fu assalita da delirio, a quanto sembra maniaco con tendenze impulsive contro gli altri. . . .

Continua l'agitazione, la quale però ha un carattere più di concentrazione che di delirio maniaco vero e proprio, con colore religioso, tramezzato da contumelie, vituperj e bestemmie.

È alta, ben conformata, con masse muscolari bene sviluppate e ben nutrite, lineamenti alterati dal delirio e faccia congestionata, quasi paonazza. Ha febbre che non si può misurare, ha la pelle calda ed in completa traspirazione, contrazione tetanica di tutti i muscoli del corpo, più accentuata al basso ventre con forte stitichezza. Quasi completa anestesia ed analgesia; nessuna alterazione nei visceri del petto. Fegato normale, milza un po' più grossa dell' ordinario. È decisamente sitofoba e ricusa ancora le medicine che a stento si riesce a farle inghiottire; fra un

accesso e l'altro di agitazione cade in uno stato di torpore generale e si mostra aggravatissima.

Caffè e latte con uovo amministrato per le narici con cucchiajo a becco affilato.

Si amministrano, senz'alcun frutto, grammi 60 di sale inglese.

Aumentando il delirio e la stasi encefalica, si applicano 6 mignatte per lato alle mastoidi (18).

19 e 20. Cura aspettante cercando sostenere le forze con analettici e ricostituenti.

21. La malata è più quieta; non insorgono altri accessi di furore, però cominciano a mostrarsi i primi segni di adinamia, essendosi al primo stato di furore sostituito uno stato di stupore e di prostrazione permanente. Rigetta i liquidi ingeriti per intolleranza gastrica.

Si pongono due vescicanti alle cosce e si amministra un clistere con latte e cloralio.

22. Solito stato; i fenomeni generali e locali non accennano a diminuzione. Si procede alla sondatura esofagea, la quale viene tollerata assai bene; i vescicanti hanno a mala pena sollevata qualche flittena. Clistere drastico.

23. La malata è più quieta del solito; ha almeno qualche intervallo lucido, sebbene corto e raro. A quando a quando risponde alle domande e chiede di esser sciolta e di mangiare da sè. Perdurano la stitichezza, la retrazione muscolare, l'anestesia e l'adinamia.

24. Primi segni di un'eresipela alla faccia, che ha tutta la tendenza ad estendersi; la malata è sempre febbricitante e più smaniosa del solito. Alimentazione per le narici e pezzette di infuso di sambuco sulla località.

25. L'eresipela tende ad estendersi e con essa aumentano di intensità i fenomeni generali; l'adinamia si fa più spiccata.

26. La febbre è mitissima e la contrattura generale va scemando d'intensità, ma l'adinamia persiste e tende

sempre più ad aggravarsi, molto più che sopravviene un delirio vago, ma ad impronta profondamente religiosa.

Vino generoso e pozione con acetato d' ammonio.

27. Eresipela quasi scomparsa, febbre caduta, contrattura risoluta, ma persiste la stitichezza con aggravamento delle condizioni generali; le azioni cardiaco-vascolari sono debolissime. L'ammalata giace in letto, immobile, abbattuta, silenziosa, e non si giunge a risvegliarla dal suo stupore, per quanto grandi eccitazioni si pongano in opera; soltanto talora mormora parole incoerenti e bestemmie.

28 e 29. Il collasso va aumentando.

30 notte. Morte a ore 4 1[2 mattina.

Necroscopia fatta 28 ore e mezza dopo la morte.

Abito esterno. — Cadavere poco emaciato, con pannicolo adiposo e masse muscolari assai sviluppate. Nessun segno di putrefazione.

Testa. — Cranio regolare, ossa sottili assai a spese della diploe. Dura-madre leggermente iperemica. Pochi e recenti coaguli nel seno longitudinale superiore. Pia alquanto injettata, ma facilmente separabile dalla sottostante polpa cerebrale. Siero in copia negli spazj sotto-aracnoidei e nei ventricoli. Polpa cerebrale normale per la struttura e il colorito, ma di consistenza un po' minore del consueto. Tela e plessi coroidei assai pallidi. Ateromasia pronunziata delle arterie dell' esagono a sinistra.

Torace. — Polmonite interstiziale con bronchiettasie agli apici di ambedue i polmoni; alla base e nei lobi posteriori ingorgo con edema.

Cuore voluminoso, sinfisi cardiaca quasi completa. Cavità normali con molti coaguli recenti. Pronunciato ateroma aortico delle sigmoidi.

Addome. — Fegato leggermente adiposo; milza di consistenza un po' minore del consueto.

Reni, capsule, stomaco ed intestini normali.

Storia IV.ª — Nardi Maddalena, d'anni 60, di Terranuova Bracciolini, bracciante, nubile.

Ha per molto tempo fatto la domestica, e manca la eredità. Aveva carattere molto puntiglioso ed irritabile fino da piccola, e negli ultimi tempi quest'asprezza si accentuò anche maggiormente. In gioventù fu per molto tempo fortemente stitica e quasi esclusivamente vegetaliana.

Ebbe dodici anni fa un accesso di monomania di persecuzione, senza che se ne conoscessero le cause, con allucinazioni di vista e di udito, le quali parte si riferivano al delirio di persecuzione, parte si improntavano a delirio religioso; di quest'accesso guarì in breve.

Tornata a casa ebbe frequenti dissapori e liti, sia con la cognata, sia col fratello; da circa 7 mesi è insonne, irrequieta, agitata. Spesso delira in materia religiosa. A quando a quando angosciata, a quando a quando muta e concentrata, ha tentato il suicidio senza però riuscirvi; da due giorni non ha pronunciato parola e ricusa cibo e medicine.

Ammessa nel Manicomio il 13 aprile, la troviamo in preda ad uno stato melancolico-stupido, con forte incoerenza e delirio di dannazione bene spiegato; ha la fisonomia scomposta e truce, e assume talvolta un'aria di ferocia spinta al massimo grado. Ha febbre piuttosto elevata, forte dimagramento ed adinamia, analgesia, anodinia generalizzate, abolizioni dei riflessi e contrattura del sistema muscolare della vita di relazione. Nessun esantema alla pelle, nessuna alterazione dei visceri toracici o addominali, forte infiacchimento delle azioni cardiaco-vascolari. Stitichezza ostinata, spasmo glosso-faringeo pronunciatissimo, per cui può a stento inghiottire poco liquido, che era quasi totalmente rigurgitato pel naso e per la bocca.

Tintura tebaica . . . . . goccie 12
Alkermes. . . . . » 100
più grammi 100 moscato.

-Nel decorso ulteriore della malattia i predetti sintomi andarono sempre più aggravandosi, la sitofobia si mantenne per varj giorni ostinatissima, onde convenne procedere alla sondatura esofagea, quando bene, quando non tollerata per immediato rigurgito di tutta la sostanza alimentare injettata nello stomaco; in questa malata si usarono anche clisteri di the fatti con carne rossa pestata con pancreas e fatta infondere per un'ora in acqua tepida quindi filtrata e avvalorata con vino rosso generoso grammi 200. Lo stato di concentrazione e di stupore, il delirio, i fenomeni di lesa sensibilità e di motilità, la stitichezza andarono sempre più aggravandosi; sopravvenne il coma rapidamente e poi la morte il 28.

Autopsia fatta 38 ore dopo.

Abito esterno. — Corpo emaciato, con scarsissimo pannicolo adiposo, macchie da putrefazione su tutta la superficie del corpo, ma più specialmente alle parti posteriori.

Testa. — Regolarmente conformato il cranio, ossa assai grosse, diploe quasi completamente scomparsa. Dura-madre alquanto iperemica. Poco sangue sciolto nel seno longitudinale superiore. Tolta la dura-madre si scorge la pia la quale è sede di un'iperemia assai intensa, però si distacca e si solleva assai bene, senza lasciar traccia di sè sulla sottostante superficie cerebrale. Siero in discreta quantità negli spazj sotto-aracnoidei e nei ventricoli; polpa cerebrale un poco rammollita pel processo putrefattivo ed in qualche punto un poco iperemica; il cervello pesa 1050 grammi.

Torace. — Ingorgo ipostatico ai lobi posteriori e inferiori del polmone enfisema suppletorio ai lobi anteriori.

Cuore piccolo, flaccido, miocardio degenerato in grasso; poco sangue atro e scorrevole nel cuor destro.

Addome. — Fegato all' aspetto esterno normale, polpa epatica un poco iperemica e un po' più scura del normale.

Milza con polpa molle, di color nero seppia. Stomaco con

poco liquido nerastro e qualche ascaride. Traccie antiche di catarro. Intestina vuote con muco giallo, tenace, stratificato, nessuna alterazione nei follicoli solitarj e nelle placche del Peyer. Reni sani.

Storia V.ª — Poli Teresa, del fu Giuseppe, conjugata con figli (vedova), d'anni 55, di Piancaldoli (Firenzuola), miserabile.

Anamnesi scarsa, nessuna predisposizione ereditaria, nè congenita, nè acquisita; carattere buono e quieto, occupata attivamente nelle faccende domestiche e nel filare. Causa un patema d'animo per la malattia della figlia e per non essersi potuta confessare. La malattia data da quattro mesi ed ha presentato anoressia, insonnio ostinato, forte stitichezza; stato depressivo con delirio religioso di dannazione; mancarono convulsioni generali e parziali; poco e stentato nutrimento specialmente negli ultimi tempi.

Ammessa al Manicomio il 19 aprile 1882. Prostrazione, fisonomia alterata profondamente, insensibilità cutanea generalizzata, mutismo, sguardo velato e pupille miotiche ed insensibili, bocca semiaperta con ptialismo pronunciato. Calore normale, ma polso piccolo e debole; arterie ateromatose, cute madida di sudore; respiro breve ma non tosse; ventre piano non sonoro, retratto, chiuso. Contrazione più appariscente negli arti superiori, che negli inferiori e più nei flessori, che negli estensori.

Due vescicanti alle cosce e clistere di caffè e latte con cloralio.

21. Prostrazione più manifesta, respiro affannoso e sguardo immobile, velato; continuano le contratture, la stitichezza e lo ptialismo.

Infuso di sambuco, ecc. Vino generoso.

22. L'inferma è un poco più ravvivata; si può ottenere da lei qualche parola, ma in generale è un vaniloquio dove il delirio religioso ha larga parte; è sempre però molto

prostrata. Ricusando tuttora il cibo si procede alla sondatura esofagea che viene bene sopportata, ma che dà luogo ad immediato rigurgito del cibo injettato. Continua la chiusura del ventre e la calorificazione normale.

Clistere con thè di bove.

23, 24 e 25. Presso a poco le stesse condizioni senza che si abbia una remissione in alcuno dei fenomeni suddetti, nè che si ottenga alcun benefizio ventrale. Solito trattamento.

26. Prostrazione ancora più accentuata, col solito delirio vago ed incoerente. Scosse convulsive ad ambedue gli arti superiori; rifiuto al cibo. Stitichezza, vomito ripetuto ed abbondante di materie filanti e verdastre.

Vasta placca eresipelacea alla faccia antero-esterna della tibia sinistra estesa a tutta la gamba. Sull' area del rossore la sensibilità è piccolissima e la pressione fatta col dito suscita a mala pena qualche leggiero moto riflesso. La calorificazione si è leggermente elevata e certamente tiene alla comparsa della eresipela.

Posche di infuso di sambuco e solfato di chinino centigrammi 40 per uso interno.

27. Condizioni sempre più gravi: faccia decomposta, respiro affannosissimo, polso piccolo e quasi vuoto, completo rilasciamento ed abbandono. Eresipela stazionaria. Clistere solito.

28. Agonia incipiente.

29. Morte a ore 7 antimeridiane.

Autopsia fatta 26 ore dopo la morte:

Abito esterno. — Corpo assai ben nutrito; masse muscolari assai bene sviluppate e pannicolo adiposo del pari; mancano le macchie ipostatiche da putrefazione e il rossore eresipelaceo è quasi scomparso, cicatrici da vescicante sulla faccia interna delle cosce.

Testa. — Cranio piccolo, obliquo a sinistra. Ossa sottili, diploe mancante. Pochi coaguli nel seno longitudinale su-

periore. Dura-madre normale, poco siero sotto-aracnoideo. Pia-madre un poco iperemica, ma facilmente separabile dalla sottostante sostanza cerebrale. Lobuli paracentrali piccoli e leggermente atrofici, specialmente nella sostànza grigia corticale; tale alterazione si riscontra più marcata a sinistra che a destra, la loro superficie appare come sagrinata. Polpa cerebrale assai consistente; normale al taglio la sostanza grigia; la bianca mostra più qua e più là delle aree di colorito roseo più o meno accentuate e più o meno estese. Tela e plessi coroidei alquanto pallidi; ateromasia delle silviane e dell'esagono. Siero in una certa copia nei ventricoli cerebrali i quali ne risultano leggermente dilatati. Il cervello pesa grammi 1250.

Torace. — Pleure normali, enfisema polmonare bilaterale; coaguli *post mortem* nelle vene polmonari.

Pericardio un poco ingrossato con poco siero limpido. Cuore piccolo ma normale e ben nutrito, grossi coaguli fibrinosi specialmente a destra, che si trova in diastole.

Addome. — Peritoneo normale. Fegato un poco iperemico, con leggiera degenerazione grassosa. Cistifellea piena di bile atra e scorrevole. Milza con cassula un po' ingrossata ma con mota splenica normale.

Stomaco vuoto e piccolo.

Intestini, reni, sani.

Storia VI.ª — Chemeri Assunta, nubile, attendente a casa, di anni 59, di Barberino di Mugello.

Donna da casa e guardiana di pecore, abitudini quiete e riposte. Padre e madre morti nel Manicomio per frenosi pellagrosa; 18 anni fa sofferse febbri durante le quali vennero in iscena fenomeni di alienazione; fra le cause la pellagra, la eredità e forti disturbi mestruali (eterocronia ed eterofania mestruali).

Malata da 15 giorni, dapprima delirio vago ed incoerente, poscia vero e proprio delirio maniaco. Tenta di fug-

gire di casa, inveisce contro i presenti, insulta, bestemmia.

14 aprile. All'ammissione nel Manicomio la troviamo in preda ad una lipemania accompagnata da forte stupore. Si prescrive: Soluzione del Robiquet, grammi 30.

17. Giace abbandonata nel letto, ma di quando in quando a scatto di molla sorge e si avventa sulle persone circostanti. Ha febbre, la pelle calda e sudante, il polso celere, vibrato, la faccia vultuosa, accesa. Occhi quasi sempre chiusi, testa tetanicamente arrovesciata sul capezzale (opistotono). Pupille normali ma insensibili. Respiro breve, affannoso ma senza tosse. Ventre renitente, chiuso; alla palpazione ed alla pressione si ha la solita sensazione di un tavolato durissimo sotto la pelle; flessione forzata degli arti superiori sul torace, predominante a sinistra. A destra pur qualche movimento possibile; di quando in quando qualche leggiero tremito fibrillare, ma non scosse o convellimenti parziali o generali. Trisma, anestesia ed anodinia completa; atti riflessi o nulli o deboli, non avverte nessuna sensazione esterna. Mancano la diarrea, il gorgogliamento, eruzioni cutanee, vomito; sitofobia e insonnio ostinato.

Clistere con assafetida e solfato di soda.

19. Continua lo stesso stato. Si sospende il Robiquet e si prescrive il solito infuso di sambuco con acetato d'ammonio e siroppo di scorza d'arancio, più due vescicanti alle cosce.

20. L'eccitamento prodotto dai vescicanti e della pozione amministrata ha portato il suo effetto. L'ammalata è un poco più sveglia, ha gli occhi aperti e per quanto lo sguardo sia sempre assai velato, pure è un poco più intelligente. La sensibilità generale e la dolorifica sono in parte ristabilite, diminuita la contrattura, cessato il tremito. Interrogata a voce piuttosto alta, avverte la chiamata, ma non dà segni di aver compreso quello che le si domanda. È quasi continuamente in un vaniloquio emesso a voce bassa

e monotona, e per lo più le sue parole sono improntate a delirio di persecuzione e religioso. Pregata a trarre la lingua dalla bocca, dopo reiterate inchieste e a stento ne trae fuori un piccolo pezzetto, il quale apparisce rosso e disepiteliato sui margini, bianco e sporco nel centro. La stitichezza continua sempre ostinatamente e il ventre si è sollevato per meteorismo ed apparisce dovunque molto dolente. Ricusa sempre cibo e medicine. Continuando così, ci disponiamo alla sondatura.

21. La malata è aggravatissima; il relativo miglioramento di jeri è stato effimero; massima l' incoerenza, il coma pronunciatissimo; atteso lo stato grave non procediamo alla siringatura. La fisonomia è pallida e scomposta; agonia incipiente

22. Morte. Autopsia eseguita 27 ore dopo la morte.

Abito esterno. — Cadavere alquanto emaciato, a masse muscolari flaccide e poco sviluppate. Pannicolo adiposo scarso, macchie da putrefazione incipienti.

Testa. — Cranio piccolo, regolare, ossa normali. Duramadre sana; siero sanguinolento nei seni venosi meningei. Pia leggermente iperemica e non aderente alla sottostante sostanza cerebrale; poco siero negli spazj sotto-aracnoidei e nei ventricoli. Polpa cerebrale anemica e più consistente dell' ordinario. Il cervello non presenta alcuna alterazione macroscopica; qualche embolo gassoso nei vasi della piamadre, che sono ripieni di sangue fetido perchè il processo putrefattivo è molto avanzato.

Torace. — Polmoni liberi in cavità. Leggiero ingorgo bilaterale con edema.

Cuore piccolo, flaccido, mancano coaguli; poco siero sanguinolento nella cavità; miocardio degenerato in grasso. Valvole sane. Aorta ed endocardio con traccie di imbibizione cadaverica.

Addome. — Visceri addominali sani.

Storia.

È certo che fino dall' antichità si ebbe l'idea fondamentale di distinzione fra le malattie mentali a forma di eccitamento e quelle a forma depressiva; li antichi medici greci, romani e arabi, erano dotati di troppo ingegno e di troppa sagacia nell' osservare, perchè loro potesse anche per un istante sfuggire la capitale differenza, che passa fra un maniaco ed un lipemaniaco. Nella lunga interruzione medioevale, poco o nulla progredirono le scienze mediche, le quali rimasero in tutto circoscritte alle dottrine dei sommi medici, snaturate dalla malsana influenza di una filosofia che sapeva troppo di teologia. Ma quando col periodo glorioso del Rinascimento si aperse nuovo ed ampio adito all' attività umana ed una febbre di sapere si impossessò di tutti, la medicina mentale, sebbene fra le ultime, prosperò essa pure fra le scienze nuovamente risorte; ripresi a base i concetti chiari e netti delle Scuole di Coo e d' Alessandria, si die' collo studio accurato dei fatti ad approfondirne la natura: in tal modo l' idea prima subì divisioni e suddivisioni innumerevoli, a seconda della natura, dell'andamento, della prevalenza di un fenomeno piuttosto che di un altro. Così si giunse a differenziare come entità patologiche nette e distinte molti gradi di mania, fra i quali quello che abbiamo fino da principio annunziato essere da tutti gli alienisti riconosciuto, *il delirio acuto degli alienati* o *mania grave.*

Ma se tanto furono studiate e differenziate fra loro le forme di eccitamento, altrettanto non fu fatto per quelle di depressione, fra le quali, siccome la natura è simmetrica e regolare in tutte le sue opere, era da pronosticarsi, essere facile il ritrovare le corrispondenti alle forme maniache ed alle loro varietà.

Vero è, che, se leggiamo le descrizioni lasciateci da varj autori del delirio acuto a forma maniaca, troviamo nell' esposizione dei singoli casi, che ne formano la base, differenze notevolissime, le quali hanno suscitato vive polemiche e spesso ardenti discussioni in seno a dotte assemblee: l'argomento del delirio acuto in genere è parso dunque sempre molto disparato e controverso: e forse queste disparità di opinioni sono dovute al fatto dell' essersi confuse le differenti forme di esso sotto una sola ed identica denominazione: lo stesso Jensen di Copenaghen (nella sua monografia più sopra citata) dopo aver lungamente discusso sulla natura della malattia avverte, che essa può presentarsi sotto due forme distinte nettamente fra loro, una delle quali, egli dice, che può per le apparenze sintomatiche confondersi con la *mania stupida*, presentando a quanto pare i fenomeni della mania con concentrazione o della stupidità (?). In questa differenza notata dal Jensen si potrebbe scorgere l'embrione della forma melanconico-stupida; più tardi, sebbene tutti gli autori distinguano una melancolia grave o a decorso acuto, da una leggiera e a decorso cronico, pure nessuno ha, almeno ci sembra, afferrato il concetto chiaro, netto, specifico di un delirio acuto a forma stupido-melancolica. Lo Schüle si è occupato dell' argomento nell' *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, dell' anno 1867, e dal suo studio egli trae la conseguenza, che non avvi una sola entità patologica nel delirio acuto in genere, ma che questo può a seconda della diversa fenomenologia, identificarsi con altrettanti stati morbosi.

Dopo avere emessa la opinone, che il delirio acuto dei moderni (in genere) non sia la *phrenitis* d' Ippocrate, l'eminente psichiatro tedesco distingue due tipi di delirio, il quale è il fenomeno per lui generale e più appariscente, nei singoli casi, che ha preso a stu-

diare. Un primo tipo, nel quale il delirio è essenziale, e più che altro, incoerente; un secondo, nel quale è accompagnato da eccitamento e si tinge di melanconia o di mania; ma nel quale brilla una incoerenza speciale, che ha per origine un profondo turbamento della coscienza e che è accompagnato per difetto di impero psichico, sui centri motori, da disturbi di motilità, oltre quelle alterazioni dello stesso sistema, le quali dipendono direttamente dalle condizioni anatomo-patologiche della malattia. Del resto in molti casi la irritabilità reflessa è aumentata al punto, che i malati entrano in furore al più piccolo stimolo esterno e l'organismo è profondamente e rapidamente colpito fino nelle sue sorgenti vitali, onde rapido e forte dimagramento, indebolimento, sitofobia, discrasia, adinamia. L'autore studia, una per una, tutte le pertinenze della malattia e le diverse particolarità, per le quali si può fare una esatta diagnosi.

All'atto pratico distingue due varietà di delirio: una maniaca (*stenica*) nel quale il delirio è clamoroso e maniaco: una melancolica, con due varietà: la prima nella quale il delirio partecipa ancora delle caratteristiche del maniaco, una seconda nella quale presenta tutti i caratteri del delirio tifoide (*astenico*).

Quanto alle necroscopie l'autore confessa, che unica resultante gli è apparsa la molteplicità e variabilità delle lesioni.

Nonostante è di opinione, che a ciascuna forma clinica corrispondano lesioni determinate, sia nel cervello, sia nel resto del corpo.

Così la prima, sarebbe costantemente accompagnata, secondo lui, da lesioni meningee e corticali, più che altro per essudazione e per infiammazione, mentre tutti gli altri apparecchi organici sono sani. La seconda al contrario, non coesisterebbe con lesioni meningee,

o soltanto lieve iperemia, trasudamento, lieve iperemia della sostanza corticale con induramento della midollare. Negli altri apparecchi organici traccie assai apparenti di quelle lesioni, le quali si riscontrano nelle febbri a processo dissolutivo. Da ciò lo Schüle trae la conseguenza, che come unità *patologica* il delirio acuto non esiste, ma che la prima forma si può riportare alla classe delle alterazioni encefalo-meningee, mentre la seconda si può classare fra le febbri d' infezione: alla quale conclusione lo conforta lo studio delle cause, le quali per la prima forma (*stenica*), sarebbero la insolazione e il lavorio intellettuale eccessivo, mentre per la seconda (*astenica*) tutte quelle, le quali sono atte a fortemente indebolire l'organismo, come miseria, cachessie, infezioni, stato puerperale, allattamento prolungato, ecc. Oltrechè egli dice che il delirio acuto col suo complesso sintomatico e nelle sue differenti forme, può accompagnare molte malattie veramente organiche, come molte malattie cerebrali.

Non è mio cómpito l' analizzare e confutare, quando che ne sia il caso, queste opinioni dello Schüle; e quando anche lo volessi l' indole di questo lavoro non lo consentirebbe, giacchè non voglio parlare del delirio acuto in genere, sibbene di una forma particolare di esso, la quale mi sembra essere stata fin qui disconosciuta o almeno confusa con le altre: il mio lavoro è analitico soltanto, non sintetico ed io appronto materiali, non procedo a costruzioni; soltanto non posso astenermi dall' esprimere, incidentalmente una mia opinione e si è, che io ritengo il delirio acuto in genere come una entità patologica netta e distinta, ben differente dalle forme congestive, che si osservano nel cervello e nelle sue membrane; entità patologica, la quale nella sua unità, può soffrire modificazioni differenti a seconda di molte circostanze ed influenze sva-

riatissime, sia dell' ambiente, sia del substrato sul quale si sviluppa, presso a poco come la follia morale, forma di alienazione della quale è appunto per questo assai controversa l'ammissione: ed è a seconda di queste influenze, del loro grado e del loro modo di azione, che il delirio acuto assume la tinta di maniaco, di melancolico, di melancolico-stupido, come il pervertimento morale base della pazzia così detta ragionante e frutto quasi sempre di incompleto sviluppo intellettuale, può consociarsi ad uno stato di leggiero esaltamento, o sivvero ad uno stato di leggiera depressione della facoltà mentale (1).

Non posso parimente passare sotto silenzio, come il prof. Bini (in compagnia del quale ho osservato i malati, dei quali ho più sopra esposto la storia) mi diceva, che egli si rammentava di avere negli anni decorsi, osservati malati consimili, e più specialmente nel 1873, che per questi malati fu anche adunato un

(1) Vedi a questo proposito l'eccellente lavoro del Calmeil (loco cit.) laddove parla del delirio acuto da lui riportato ad una *periencefalite acuta a forma insidiosa* e più specialmente le osservazioni cliniche 32.ª e 33.ª, nelle quali, in mezzo al disordine generale di tutte le funzioni psichiche e somatiche, l'Autore conviene di avere osservato *precocemente* (e non nel periodo di coma o terminale solamente) sintomi *di paralisi mentale, di melancolia, di stupidità.*

Di più nel corso del libro più e più volte lo stesso Calmeil dice, che per quanto fissa e costante l' alterazione anatomica (pur da lui trovata sempre risiedere fra le meningi nella piamadre) pure sotto la influenza di molte condizioni (età, sesso, temperamento, località, stato dei malati, estensione, grado, malattie intercorrenti o precedenti, ecc.) la malattia può nel suo complesso sintomatico variare assai per le sue *espressioni funzionali*, tanto che sarebbe molto difficile darne un solo ed unico quadro morboso.

consulto di professori della scuola medica di Firènze, sembrando all' illustre alienista, che essi avessero una fisonomia speciale ed interessandogli nel caso in termini stabilire, se si trattasse di tifo o di altra malattia contagiosa o no. Sulle sue indicazioni ho cercato nell'*Imparziale* dell'anno 1873, ed ho trovato a pagina 423 una brillante relazione del dott. Filippi, allora ajuto alla cattedra di anatomia patologica, oggi professore di medicina legale nell'Istituto di Studj superiori in Firenze. Da essa spigolo i seguenti fatti: I malati giunsero più che altro, nel maggio e nel giugno, dalla Romagna, Toscana, dal Mugello e dal Val-d'Arno di sopra: in quell' anno l' inverno decorse freddo ed umido più del consueto, la miseria fu più cruda e vi furono ammissioni più numerose e più gravi di pellagrosi (1).

(1) Relativamente alla questione della influenza del clima e della condizione economica generale della popolazione e più specialmente delle classi agricole, sullo sviluppo della malattia della quale ci occupiamo, vogliamo osservare, giacchè pei malati del 1873 il prof. Bini fece risaltare la coincidenza delle circostanze sopranotate, che pure nei nostri casi si ebbe a notare alcun che di simile. Infatti l'inverno del 1879-80 decorse freddissimo con forti ghiacci e qualche nevata, ma asciutto, con giorni sereni e bellissimi. Quanto alle condizioni economiche delle classi lavoratrici alla terra, esse concordano un poco più colle osservazioni del 1873: infatti nella relazione annua del Ministero di agricoltura, industria e commercio, si legge, che nell'anno 1879-80 le case coloniche furono trovate buone e ben costrutte nella provincia di Firenze in genere; che le raccolte furono assai buone e le mercedi elevate, ma che attesa la scarsità del lavoro, le mercedi erano insufficienti e per ciò le classi operaje della campagna pativano la fame.

Nella Sotto-Prefettura di Rocca S. Casciano le mercedi abbondanti, ma basse, portavano molta miseria atteso il caro generale dei viveri; il che non controbilanciava la benefica in-

I fenomeni presentati erano i seguenti: abbattimento, sbalordimento, anoressia; poi dopo due o tre giorni febbre alta, continua o remittente (mattina), con delirio, stupore profondo, adinamia, sitofobia, costipazione, non meteorismo, o poco, non eruzioni, o rare, non emorragie; quindi morte in breve tempo: il sesso femminile prevalentemente affetto. Proposta la questione, se si trattasse di malati di tifo, sia pure eccezionale, per l'andamento o per la prevalenza di certi fenomeni fu esclusa questa possibilità per l'andamento rapido della malattia, per la mancanza di localizzazioni bronco-polmonari, intestinali e cutanee, per la mancanza di infezione o contagio, essendo i malati provenienti da località separate e distanti fra loro e palesemente sane; fu ammessa piuttosto una forma speciale di delirio acuto, modificata dalla debolezza organica dei soggetti e dalle condizioni climatologiche ed antigieniche, nelle quali si trovavano.

Quanto alle lesioni riscontrate si ridussero ad iperemia e stasi meningea, a lieve iperemia o stasi corticale: raramente fu trovata congestione bronco-polmonare, come pure raramente catarro intestinale; mai eruzioni cutanee o dotinenteria. Sempre normali il fegato e la milza: sangue sempre sciolto e profonda-

fluenza della igiene casalinga, già come abbiamo detto, migliorata.

Nella Sotto-Prefettura di Pistoja poi e in quella sopradetta, la pellagra fu più frequente e più grave.

Con questa nota non abbiamo inteso di stabilire la influenza esatta del clima o di altre condizioni sullo sviluppo del delirio acuto a forma melancolico-stupida, ma soltanto richiamare questa identità di circostanze alla mente del lettore, perchè altri possan occuparsi ed approfondir maggiormente l'argomento.

mente alterato, in un caso soltanto, una doppia parotide.

Etiologia.

Ricercando l'etiologia del delirio acuto degli alienati a forma melancolico-stupida e ponendo a contribuzione le risultanze delle storie sopra narrate, troviamo quello che segue:

Quanto alle cause predisponenti generali, possiamo a prima vista osservare, che i nostri ammalati sono tutte persone di campagna, appartenenti perciò a quella grande massa d'individui, i quali non possono, anche se la natura ha loro sortito mente elevata, ingegno fertile e pronto, coltivarlo e trarne profitto. Costretti fino dalla fanciullezza a vivere collo scarso prodotto delle loro fatiche e a dedicarsi ad un'opera puramente materiale, non si può per conseguenza per loro parlare, che in modo molto relativo, di *educazione* e di *civiltà*, onde bisogna abbandonare del tutto qualunque indagine potessimo fare da questo lato: soltanto può essere prezzo dell'opera, fare osservare, come nella campagna (e tutti i nostri malati sono campagnoli) la *religiosità* oltre all'essere quasi meccanica ed automatica, è molto spinta, giacchè è là che si reclutano i più ardenti credenzoni: ciò deve certamente contribuire a fomentare lo sviluppo della malattia, imprimendogli il carattere depressivo e più specialmente a deviare il delirio nel senso religioso. Dei nostri ammalati 5 hanno infatti manifestato questa particolare modalità del delirio (*damnomania*) e pel sesto si sospettò, ma non si sa veramente, se avanti l'ammissione al Manicomio fantasticasse pur esso sulle stesse concezioni deliranti.

Fra le cause predisponenti individuali, tiene il primo posto l'*eredità*, della quale anche il volgo conosce la

importanza, come cagione di sviluppo di tutte le malattie nervose e più specialmente delle pazzie.

Fra i nostri ammalati trovammo l'*eredità* sia diretta, sia collaterale, nella metà dei casi, cioè in tre, nei quali essa si esplicò nella più chiara delle sue forme, ossia in quella di una vera e propria alienazione mentale.

Nulla sappiamo se nella linea di parentela ascensionale vi furono abusi di alcoolici e quali; solo possiamo notare, che per nessuno dei malati o malate, questa causa si trova notata; uno solo finalmente fra i nostri 6 casi era recidivo.

Un' altra importante cagione predisponente individuale di alienazione mentale è il *sesso*. Nel nostro caso di 6 malati che potemmo esaminare, 5 erano femmine 1 solo maschio; il che ridotto alla proporzione centesimale, dà circa l' 83 per 100 in favore del sesso femminile, rimanendone il 17 per 100 per il mascolino.

Qui cade in acconcio l' avvertenza, che queste cifre non vanno intese a rigor di termine, ma che soltanto vanno interpretate in senso più lato, quale cioè, significazione di una maggior facilità di contrarre tale malattia da parte delle femmine piuttostochè dai maschi. Del resto, tale predilezione è tanto più spiccata, in quantochè tutti gli autori concordano nell' ammettere una maggior disposizione alla pazzia in genere nel sesso mascolino, che nel femminino. Così già l'Earle ed il Pinel avevano trovato, che gli alienati stavano alle alienate, come 2 ad 1; più tardi il Thurnam, paragonando la prevalenza degli ammessi sulle ammesse nei manicomj inglesi, con la prevalenza delle donne sugli uomini in società, stabiliva realmente esservi una predilezione alla pazzia nel sesso maschile, cosa che si spiega facilmente per il maggior attrito che subisce l' intelligenza mascolina. Nel nostro caso invece, anche fatta

la parte alla frequenza relativa, rimane sempre una frazione assai importante in favore del sesso femminile.

Un' altra cagione, che può rientrare nello stesso gruppo e che va giustamente tenuta a calcolo nello sviluppo della pazzia, è l' *età*. Nel caso concreto troviamo totalmente escluse la fanciullezza e la gioventù. Tutti i malati, hanno un' età superiore ai 30 anni e meno una donna della tarda età di 74 anni, gli altri sono tutti compresi fra i limiti di 30 e 60 anni; presso a poco i limiti nei quali si sviluppa la pazzia in genere. Del resto questo dato collima molto esattamente coll' altro della prevalenza in numero del sesso femminile, atteso che l' *età critica* nella donna, è una predisposizione abbastanza importante della quale bisogna tener conto.

Lo *stato civile* esercita parimenti una influenza sullo sviluppo della pazzia in genere, e sulla nostra in ispecie. Già fino dal Guislain era stato notato come lo stato di celibato favorisca l' ordirsi di un' alienazione mentale, come pure che la donna sopportava meno bene lo stato di solitudine, sia nubilità, sia vedovanza: nel nostro caso, su 6 ammalati non abbiamo che una sola donna la quale fosse maritata, gli altri erano o celibi, o vedove, o nubili.

Quanto alle *professioni* crediamo, che nulla di positivo si possa stabilire, essendo troppo esiguo il numero dei casi sottoposti alla nostra osservazione e di più perchè per la massima parte, essendo attendenti a casa, le occupazioni si confondono colle abitudini ed il carattere abituale; per un solo malato, il primo, essendo agricoltore, la professione, attesi gli strapazzi, il lavoro forse eccessivo, l' esposizione prolungata al sole, alla pioggia, al gelo, potrebbe essere invocata: ma mancano, per difetto della modula informativa,

dati certi su questo rapporto, quando non si voglia invocare come causa predisponente allo sviluppo del delirio acuto, in lui già malato di melancolia, la perfrigerazione cutanea da lui subita per tentato suicidio, come risulta dalla storia; ad ogni modo non sapremmo pronunciarci in proposito.

Passiamo ora alle cause occasionali o determinanti, le quali non potrebbero certamente indurre l'alienazione mentale senza la precedente influenza delle cause predisponenti.

Relativamente a quelle di ordine morale, abbiamo un grande predominio delle *emozioni morali* di carattere depressivo o patemi di animo, i quali in 4 casi su 6 non mancarono di esercitare la loro triste influenza: naturalmente per lo più sono dolori o per malattie di persone care, o per dissapori in famiglia: cause tutte, le quali dovevano condurre ad effetti più validi di quelli, che non sogliono d'ordinario produrre, attesa prima di tutto la preponderanza del sesso femminile e quindi la loro condizione di campagnoli semplici ed ingenui.

Dobbiamo, per quanto è a nostra cognizione, escludere il *contagio* e ciò recisamente ed anche la *imitazione* della quale non si può certamente parlare in fatti isolati.

Finalmente, per concludere, anche le cause fisiche hanno fino ad un certo punto influito sullo sviluppo della malattia.

Meno uno (Calamai) tutti gli altri erano votati alla miseria e con essa a tutte le sue terribili conseguenze: molto lavoro e poco guadagno, onde *deficit* manifesto nel ricambio materiale: così uno stato di *cachessia* ed *oligoemia,* poco apprezzabile per alcuni, per altri molto sviluppato (Fanti), il quale sebbene dapprima preesistente alla follia, si fa più tardi mantenitore di essa.

In un caso l'*allattamento prolungato* spossò grandemente la malata (Fanti), avvalorando lo stato cloro-anemico molto accentuato in lei per molte altre ragioni sì fisiche, che morali. In un altro (Chemeri), nel quale eravi anche eredità, si ebbe a fattore della cloro-anemia una delle più terribili e diffuse malattie che desolino oggi giorno le popolazioni rurali di certe parti della nostra Italia, la *distrofia pellagrosa:* vedremo più tardi al capitolo *Diagnosi*, quale importanza possa avere questo fatto: occorre però notare fino da questo momento, come su sei ammalati una soltanto presentasse sintomi pellagrosi, e questa figlia di genitori morti pellagrosi e alienati, mentre la massima parte dei malati provenivano da paesi (Mugello, Val di Marina) dove regna endemica la più fiera nemica delle nostre classi agricole, la pellagra.

Accenneremo finalmente per chiudere, come in un solo dei nostri casi, si potessero invocare quale causa di malattia quei *disturbi mestruali (eterofanie* ed *eterocronie)* i quali a detta di tutti gli autori agiscono simpaticamente per lo più, nella produzione dei disequilibrj funzionali del cervello umano.

Sintomatologia.

Il delirio acuto degli alienati a forma melancolico-stupida, a differenza del maniaco raramente, per non dire mai, insorge d'*emblée:* manca quella subita esplosione, senza periodo a prodromi ben definiti, che travolge rapidamente l'organismo dallo stato di più completa salute in una grave malattia: esiste sempre periodo prodromico, sia caratterizzato da quello stato indefinibile di malessere, di tristezza morale, di inattitudine a qualsiasi lavoro sia materiale, che intellettuale, di apprensioni vaghe e senza motivo, di insonnio, di disappetenza, di disgusto generale, che suol prece-

dere tutte le malattie febbrili comuni e quasi tutte le malattie mentali, sia caratterizzato da un vero e proprio stato melancolico.

Nei casi, che avemmo da esaminare, il periodo melancolico prodromico, si potè riscontrare in 4 su 6: negli altri due avemmo a prodromo delirio maniaco ben definito, il quale però più tardi, sia per i fenomeni concomitanti, sia per l'indole delle idee espresse, non tardò a tramutarsi, in un col procedere della malattia, in lipemaniaco. Questo periodo può grandemente variare per estensione di tempo e da 8 giorni può giungere fino a 7 mesi, come pure può variare per la intensità dei fenomeni e dalla semplice tristezza e dolore morale, spingersi fino al più grave stato di melancolia accompagnato da concezioni deliranti e da tendenze, raramente impulsive contro gli altri, quasi sempre contro sè medesimi. Una particolarità degna di nota, si è la qualità del delirio, che fra i depressivi, si aggira quasi sempre su idee religiose.

Durante questo periodo più o meno lungo di prodromi, le funzioni tutte del corpo subiscono quell'arresto, che accompagna quasi sempre lo svilupparsi di una forma melancolica e che dalla psiche si trasfonde con molta facilità al resto dell' organismo: quindi disappetenza, scarso nutrimento, poca assimilazione, deficienti secrezioni, lentezza di movimenti, poco sonno e penoso, perchè interrotto quasi sempre da sogni spaventosi.

Ben presto però, in qualunque modo siasi originato, questo stato si aggrava, la tristezza e l'angoscia morale aumentano, le illusioni e le allucinazioni si fanno strada attraverso la confusione mentale, il delirio depressivo prende corpo e l' ammalato assediato continuamente da timori, da spaventi e da rimorsi, cade rapidamente in uno stato di prostrazione, di abbatti-

mento morale ed intellettuale, talvolta spinto al massimo grado e che è caratterizzato dalla sospensione o per lo meno dallo inceppamento di tutte le manifestazioni psichiche: a questi fenomeni puramente mentali, se ne aggiungono altri d'ordine somatico: la melancolia stupida acuta è costituita. Atteso lo stato di profonda prostrazione e di stupore, che invade i malati, questi per lo più giacciono supini nel letto come se loro mancasse ogni e qualunque attività: la fisonomia può prendere differenti atteggiamenti, siccome lo sguardo, specchio dell'anima, può essere atono e senza espressione, o vagamente inquieto, o fisso e sbarrato, come se seguisse nell'oscuro fantasmi paurosi; il più delle volte però riflette chiaramente l'assoluto vuoto psichico: le allucinazioni e le concezioni deliranti, che tormentano il malato imprimono talora allo sguardo ed alla fisonomia carattere peculiare, una straordinaria espressione di ferocia, alla quale si conformano bene spesso anche gli atti: questa ultima non è però la via più comune e noi non la riscontrammo per vero dire, che in un solo caso, nel quale poteva entrare come elemento importante un carattere già irritabile e puntiglioso in sommo grado.

La semejotica mentale della malattia è ben presto tracciata, quando si dice melancolia stupida: qui difatti troviamo le alterazioni psichiche delle due forme (1)

(1) Sono in obbligo di dichiarare che, in questo lavoro come in altri, ho seguito e seguo la classificazione del prof. Bini di Firenze (Vedi luogo citato), la quale ha per me sulle altre il merito incontrastabile di ammettere un minor numero di forme primarie, chiare e distinte e di rivelare col nome assegnato a ciascuna entità patologica (nomenclatura binaria), non solo la natura, ma anche la forma della malattia, il che non si verifica per altre classazioni, che per essere, o troppo, o poco comprensive, oscurano col nome la chiarezza dell'idea; è perciò che

consociate e portate al massimo grado. Come ben si comprende il dolore, l'angoscia morale, assorbono tutta quanta l'attività psichica e siano essi essenziali, siano mantenuti da illusioni o da allucinazioni, le facoltà mentali ne rimangono o inceppate o sospese nelle loro manifestazioni.

In generale, dicemmo, l'ammalato giace abbandonato nel letto, indifferente a qualunque stimolo, sia esterno, sia interno; nessun eccitamento, sia materiale, sia morale è capace di giungere al sensorio comune e là, trasformandosi in sensazione ed in idea eccitare a movimento le cellule corticali. L'attenzione nei casi più leggieri, può essere in parte risvegliata, specialmente se s' insiste molto nelle domande e se si unisce a queste qualche atto di eccitamento meccanico: allora si scorge che l'ammalato fa uno sforzo eroico per uscire dalla oscurità, che ottenebra la sua mente: ma in generale sono sforzi i quali non approdano a conseguenze durevoli e la favilla suscitata con tanta fatica, si spegne ben presto e tutto ricade nel nulla.

La percezione segue, come facilmente si comprende, l'attenzione e per quanto questa si mostra impotente, altrettanto quella appare tarda e stentata. Del pari le facoltà superiori della intelligenza, non possono liberamente spiegarsi, in quell'ambiente che ne soffoca le manifestazioni fino dal loro nascere: così poco attive

oltre le forme acquisite di mania, melancolia, monomania, demenza, ammetto con lui l'esistenza della stupidità come forma distinta, quale prima la divinarono il Pinel e l'Esquirol e quale più tardi l'ammisero Baillarger, Dagonet e tanti altri: stupidità, ben differente per caratteri peculiari da quello stupore, che talvolta accompagna come un semplice e puro epifenomeno le forme depressive, ma che può, pur restando stato patologico distinto, consociarsi ad esse modificandone in parte la semejologia e riportandone pure alcune modificazioni.

o nulla, ideazione, associazione, raziocinio, memoria, fantasia: i sentimenti affettivi e la volontà subiscono pur essi questa influenza paralizzante dello stato melancolico-stupido, o sono soggiogati e deviati dallo svolgersi incessante delle idee deliranti o delle allucinazioni: queste sono talvolta secondarie, ma è il caso più raro; per lo più sono primitive e prepotentemente signoreggiano la vita psichica tutta; improntate quasi sempre a delirio religioso (5 volte su 6) a forma damnomaniaca, esse hanno carattere pauroso, terribile; il che spiega l'azione quasi paralitica, che esse esercitano su tutte le potenze intellettuali.

Se si generano in giusta misura, allora lasciano in gran parte libera l'attività mentale e il malato può essere in grado di intendere mediocremente le domande che gli sono rivolte, di reagire contro gli stimoli sia interni, sia esterni, di compiere se non del tutto, almeno in parte liberamente, atti volitivi; allora otteniamo da lui risposte consone alla domanda per quanto fatta con lentezza e a voce fievole e bassa: lo sguardo può essere tuttora animato da qualche scintilla d'intelligenza; per lo più però la mente si stanca con rapidità e l'attività cerebrale torna a sviarsi dietro le produzioni fantastiche del cervello ammalato. Quando però le allucinazioni e le concezioni deliranti sono numerose ed incessanti, assediano il malato senza tregua, si può ancora sul principio ottenere una reazione mentale, la quale si manifesta sotto la forma di un delirio più o meno clamoroso tanto da simulare un vero e proprio delirio maniaco, quando non avesse una tinta sia pur lieve di concentrazione, di abbattimento che ai provetti della materia non può sfuggire; sono gli ultimi aneliti della psiche angosciata, la quale si ribella ai suoi tormentatori: ma ben presto idee deli-

ranti ed allucinazioni si fanno assolutamente padrone del campo intellettuale e soggiogando tutte le facoltà gettano il malato in quello stato di abbattimento, di prostrazione e di stupore, dal quale è quasi impossibile toglierlo. Ugual regola seguono i pervertimenti affettivi e le lesioni istintive: fino a che un'ombra di possibile reazione esiste, sia pure insensata, noi vediamo i malati agitati spesso fortemente da tendenze impulsive contro gli altri e contro sè stessi, tentare il suicidio o l'omicidio, o seppure ancora qualche sprazzo di luce traversa sì fitta oscurità, proferire con voce flevole e lenta parole incoerenti, nelle quali però è facile cogliere a volo qualche idea del loro delirio fondamentale; per lo più sono muti e non poco ostinati nel loro mutismo; ricusano cibo e bevande e ciò sia per dato e fatto dello stato psichico, sia pel dato e fatto di condizioni speciali del sistema muscolare.

Paralellamente alla serie di questi fenomeni mentali, si sviluppa e decorre un' altra serie non meno grave di fenomeni puramente organici. Già, fino da bel principio, si sviluppano in questi malati i fenomeni generali dello stato somatico relativi al rallentamento di tutte le funzioni vitali: le digestioni diventano stentate e difficili e contemporaneamente avvi forte alterazione nelle secrezioni tutte, precipuamente in quelle del tubo gastro-enterico, onde senso di peso ed oppressione all'epigastrio, anoressia, lingua sporca e patinosa, poca propensione a prendere il cibo e le bevande: non abbiamo potuto constatare in questo stadio le alterazioni dell'orina, ma forse pur essa segue la regola generale: le evacuazioni sono scarse e penose, il polso è lento e piccolo, la respirazione è pur essa rallentata, senza tosse o con qualche raro rantolo bronchiale a grossa bolla; l'ematosi si compie imperfettamente e pur essa

contribuisce a difficoltare ancora di più il ricambio materiale.

Procedendo oltre la malattia, a questi disturbi conseguenziali dello stato psichico, se ne aggiungono altri più considerevoli, che procedono direttamente dalle condizioni morbose e sono quattro principali, oltre altri minori: *febbre, disturbi di motilità, disturbi di sensibilità, stitichezza,* i quali non mancano mai.

Analizziamoli partitamente.

La febbre accompagna sempre lo svilupparsi del delirio acuto a forma melancolico-stupida; essa è di varia intensità; nei casi più leggieri e che volgono a guarigione dura 7 od 8 giorni al più. Nei casi più gravi può anche prolungarsi ancora 10-13 giorni. In genere non è una febbre molto elevata, il polso offre i caratteri della termogenesi esagerata, per lo più è piccolo e vuoto, per dato e fatto dello stato assai avanzato di debolezza organica dal quale sono dominati i malati, ma talvolta si fa anche vibrato, pieno, resistente. Non raggiunge mai una frequenza molto grande, anzi relativamente all'elevazione della temperatura, il numero delle battute è inferiore a quello che dovrebbe essere. Così con 39°,2 che fu il più alto grado di calore constatato, abbiamo osservato coincidere 99 battute radiali; queste poi sono state sempre comprese fra i limiti 75 e 99, oscillando più spesso intorno alle cifre medie 80-82.

Di pari passo con questa poca frequenza di impulso cardiaco, decorre la poca frequenza del respiro: col maggior numero di battute di polso, coincisero 33 respirazioni al minuto primo, ma fu una eccezione, e noi stessi, come abbiamo notato nella storia, sospettammo (a torto) l'ordirsi di qualche flemmasia viscerale. Del resto il numero delle respirazioni, se variò

da 22 a 33, fu quasi sempre normale e oscillò fra le due cifre medie di 25–27.

La curva termica grafica presenta pur essa utili ammaestramenti.

Lo stadio di ascensione, come per alcune febbri infettive, per la polmonite e per le febbri da malaria, è quasi nullo, e la temperatura raggiunge rapidamente, quasi *d'emblée*, un grado di calore, che non è molto elevato (38,3-38,7), ma che per qualche tempo non è suscettibile di remissione alcuna; lo stadio di ascensione dura generalmente un giorno solo. Lo stadio consecutivo o di acme, nel quale la febbre si mantiene assai mite quasi sempre, non oltrepassando i 39° o raramente, presenta una serie di oscillazioni assai regolari, le quali in generale sono comprese dentro i limiti di un grado soltanto; è lo stadio delle *oscillazioni stazionarie* del Jaccoud, che accompagna sempre le malattie febbrili acute e gravi. L'ultima fase della termogenesi nel delirio acuto a forma melancolico–stupida, appartiene alla *defervescenza graduale:* la discesa si fa o per abbassamento graduato e continuo della temperatura, o per una serie di oscillazioni discendenti, quando la malattia volge a termine favorevole; nel caso contrario la temperatura si mantiene presso a poco allo stesso livello, od anche coll'iniziarsi del periodo agonico, aumenta ancora di grado. Una sola volta notammo, che per quanto la malattia volgesse ad un fine letale, la temperatura gradatamente si abbassò, fino ad aversi la morte alla temperatura ordinaria in mezzo a fenomeni di esaurimento nervoso.

Riassumendo adunque, la febbre, che accompagna il delirio acuto a forma melancolico-stupida, è non molto elevata come quella che accompagna le malattie febbrili gravi e si avvicina assai per alcuni caratteri a certi tipi speciali di febbri eruttive ed infeziose.

Insieme alla febbre è degno di nota lo *stato della cute*, la quale si trovò in un caso normale e in quattro calda e sudante: manca dunque quell' ardore asciutto, quel calore urente che è proprio di certi gruppi di febbri infettive e più specialmente del tifo intestinale.

Dopo la febbre, per ordine di frequenza, vengono le *lesioni della motilità*. In generale questa partecipa a quel rallentamento delle funzioni organiche tutte, che abbiamo detto accompagnare inevitabilmente tutti gli stati depressivi. Di più, essendo alla lipemania consociato un certo grado di stupore o di stupidità, il sistema muscolare, il quale è precipuamente affetto in questa ultima condizione, se ne risente ancora di più: e avvi oltre la inerzia per difetto della energia intellettuale, anche uno stato speciale di eretismo, diffuso a tutte le fibre della vita di relazione, il quale, per quanto non molto accentuato, non è meno facilmente riconoscibile; basta rammentare quello che la Bibbia dice della moglie di Loth, la quale per spavento fu cambiata in *statua di sale*, per farsi una idea netta di questo stato particolare dei muscoli negli stupidi, specie di esagerato tono muscolare, che spinto al massimo grado può anche simulare fenomeni di catalessi. Fin qui un semplice riflesso dello stato mentale: ben più importanti sono le alterazioni della motilità dovute probabilmente al processo nosologico intimo della malattia, o ai disturbi circolatorj e di nutrizione, ai quali esso dà luogo. Raramente si riscontrano fenomeni di lesa motricità nell' iride: le pupille quasi sempre si mostrano normali e normalmente contrattili: nei nostri 6 casi fu così salvochè in uno, nel quale si ebbe una forte miosi bilaterale. Non manca mai però una fortissima contrattura muscolare di tutte le fibre striate, la quale cominciata insensibilmente (vedi avanti) fino dal primo svilupparsi della malattia, va rapida-

mente aumentando di intensità. Nei sei casi, che avemmo ad esaminare, in 3 tutti i muscoli del corpo erano fortemente contratti con predominio dei flessori sugli estensori, in uno, una parte soltanto di essi (arti superiori), in altri 2 il sistema muscolare era in completo rilasciamento fino da bel principio forse per la gravità delle condizioni generali. Quella che non manca mai, è la contrattura costante del basso ventre e specialmente dei retti; per essa l' addome, appare piano, retratto, infossato: le coste e gli orli del bacino sporgono su questo piano più basso e mentre la vista constata la presenza di due cordoni rettilinei ai lati della linea mediana, la mano percepisce come la sensazione *di un tavolato duro e resistente al disotto di un tappeto.* La contrattura non è dolorosa come la tetanica, per quanto alcune volte ne mentisca le apparenze e si abbiano le forme quasi del tetano (opistotono): non offre alternative di contrazione e di rilasciamento.

Tanto nei muscoli sani, come in quelli affetti, si possono avere tremolii e convellimenti, sia parziali, sia generali, come nelle irritazioni flogistiche delle meningi, ma è caso raro; non lo constatammo che 2 volte su 6: la lingua ancora può subire la stessa sorte, il che allora, come nella congenere forma maniaca, dà luogo ad un balbettamento per anomalia di posizione dell'organo e per atassia.

La facile contrattura del sistema muscolare della vita di relazione, ci dà la chiave di un altro fenomeno, il quale non manca mai, qualunque ne sia la intensità, nelle forme acute melancolico-stupide: ed è la *sitofobia.*

È vero, che il rifiuto degli alimenti, può prevenire da varie cause: allucinazioni, illusioni, idee deliranti, alterazioni di secrezioni degli apparecchi digerenti ecc.,

ma nei nostri casi, nei quali per quanto variasse assai d'intensità non mancò mai, ebbe piuttosto origine, come nella mania grave, da spasmo glosso-faringeo, per dato e fatto della contrattura muscolare; il malato rifiuta quasi sempre e cibo e bevande, perchè sente che non li può inghiottire e queste più che quello, giacchè irritando più la mucosa, più facilmente aumentano lo spasmo. La sondatura bene spesso riesce a vincerlo, ma è un po' difficoltosa, e inutile il più delle volte, perchè l'ammalato rigetta quasi immediatamente tutto o quasi tutto l'alimento injettato.

Le alterazioni della sensibilità, seguono di pari passo quelle che abbiamo di sopra esaminate. Non solo infatti abbiamo quella minore recettività dell'organismo a risentire delle impressioni esterne, che dipende dal fatto semplice della depressione morale (lipemania) o da difetto della energia intellettuale (stupidità); ma nella massima parte dei casi, si ha vera e propria paralisi di senso; questa, per quanto risulta dalle nostre osservazioni, raramente si localizza, ma occupa tutta la superficie cutanea e a misura che la malattia progredisce va aumentando d'intensità; si riporta alle tre forme di anestesia, anodinia e anotermia, non essendo possibile saggiare altre specie di sensibilità, atteso lo stato assai grave dei malati. La paralisi di cui si parla è più o meno completa, ma in genere raggiunge un grado assai elevato, potendosi un malato toccare, pungere, pizzicottare, bruciarlo senza che mostri di avvertirlo; insieme ad essa si nota l'*abolizione* o la *diminuzione* dei riflessi, che si presenta nella massima parte dei casi; ciò costituisce una differenza marcata con la mania grave, nella quale, lungi dall'essere diminuiti, i riflessi sono aumentati, per cui i malati al solo toccarli, entrano nel più terribile stato di furore che si possa immaginare; qui invece il paziente

nei casi più gravi, è completamente insensibile, e manca la viabilità alla trasmissione delle impressioni esterne al sensorio comune, molto più che anche le fibre muscolari mal potrebbero corrispondere ad una possibile eccitazione.

Quarto fenomeno, che non manca mai, nella forma melancolico-stupida del delirio acuto è la *stitichezza* ostinatissima, la quale cede raramente all'uso di qualunque mezzo terapeutico. Essa può essere l'effetto, sebbene raramente, delle alterazioni di funzionalità gastrica, delle quali parlammo più sopra, giacchè può riscontrarsi lingua sporca, paniosa, ai margini rossa e denudata, alito fetente, ecc.; ma crediamo che più spesso essa dipenda, sia dalla mancanza quasi assoluta dell'alimentazione, sia dallo stato generale di abbattimento forte che prostra il malato, sia dalla mancanza o da diminuzione dei moti peristaltici dell'intestino. Il ventre è difficilmente trattabile, quasi sempre piano e duro, raramente gonfio e meteorizzato. La palpazione non suscita in generale dolore, come pure la percussione, la quale dà quasi sempre suono oscuro per tutta l'estensione dell'addome, tranne che sulla regione gastrica, dove la sonorità è aumentata ed elevata a causa dello sviluppo di gas.

Per completare la sintomatologia fisica della malattia in discorso, accenneremo che si ha sempre un *insonnio* ostinatissimo, il quale accompagna i casi gravi dal principio sino alla fine, ma che si mitiga coll'andar del tempo nei casi più leggieri, fino a dar luogo a sonno normale e regolare; nessun fenomeno dal lato del petto, tranne qualche colpo di tosse eventuale; e una forte debolezza delle azioni cardiaco-vascolari, che va aumentando col procedere oltre della malattia: relativamente ai visceri degli ipocondrj, non si mostrano mai aumentati di volume, nè danno segno di

dolorabilità o d'induramento: manca finalmente ogni e qualunque traccia di dolore alla pressione nella fossa iliaca destra e di gorgogliamento.

Avanti di procedere oltre voglio notare una coincidenza, la quale si può facilmente presentare nel decorso della malattia e che nei nostri 6 casi si ebbe ad osservare tre volte: voglio parlare dello sviluppo di *forme esantematiche*, sia parziali, sia generali; in una delle nostre ammalate apparve verso il quarto giorno dallo sviluppo della malattia un'eruzione, la quale è stata troppo lungamente descritta nella storia, perchè sia necessario tornarvi sopra più oltre: per la sua speciale ubicazione, pel modo d'insorgere, per gli elementi anatomo-patologici che la costituivano, questa eruzione a forma eritematico-papulosa, poteva equivocarsi da un lato con un esantema scarlattinoso, dall'altro coll'eritema nodoso delle articolazioni; se non che i caratteri complessivi accennati nella storia, ne fanno un tipo *a sè*, che d'altra parte non si saprebbe riportare ad alcuna varietà ben definita e costituita di esantema.

In altre due ammalate poi, rispettivamente al settimo ed all'ottavo giorno di malattia, si svilupparono vaste placche erisipelacee, le quali non furono, come l'eruzione precedente, accompagnate da alcun risalto febbrile.

Questa facilità d'insorgere forme esantematiche e più specialmente infettive, laddove si potè nettamente e recisamente escludere il contagio, perchè da moltissimo tempo nelle sale dove le due ammalate fecero la loro dimora, non eravi stato alcun caso di eresipela; punge singolarmente la curiosità per sapere, se lo sviluppo di forme esantematiche, sia la regola nel delirio acuto e quale; ossivero, se questa sia stata una coincidenza fortuita. Non avendo dati ad emettere un giu-

dizio qualsiasi, amiamo meglio astenercene, notando i fatti e ponendo semplicemente il problema.

Mentre compajono sulla scena questi fenomeni, che iniziatisi con mitezza, vanno ognora facendosi più gravi e crescendo d'intensità, la sintomatologia psichica segue pur essa il suo corso ascendente. La concentrazione, lo stupore, quando per un caso strano non si siano ancora iniziati, compajono e si sostituiscono alla prima possibile agitazione; se già apparsi si aggravano rapidamente; le condizioni generali peggiorano in brev' ora, per modo che l'adinamia chiaramente si rivela nello sguardo, nella fisonomia, nella giacitura, nell' emissione spontanea dell'orina e delle materie fecali (quando vi sia), nella poca validità delle azioni cardiaco-vascolari. Allora le facoltà psichiche tutte raggiungono il loro *maximum* di sospensione, e se l'ammalato lascia ancora sfuggire dalle sue labbra un suono qualunque, o questo non è articolato ed è un lamento, una espressione inconscia delle sue sofferenze intime, o è una specie di vaniloquio incoerente e privo di qualsiasi espressione; in generale però qualunque manifestazione psichica, inoltrandosi la malattia, si sospende e il vuoto si crea nell'organo dell'intelligenza.

I fenomeni fisici o si mantengono quali li abbiamo descritti o si aggravano ancora di più. Sopraggiunge il coma, il respiro si fa stertoroso e la morte avviene nei casi più gravi in mezzo a fenomeni di esaurimento nerveo, come per la forma maniaca.

Dei fenomeni fisici alcuni possono, sebbene la malattia volga a termine letale, rimettere alquanto della loro intensità; ad esempio la febbre, la quale in genere persiste e tanto più si eleva quanto più l'agonia si avvicina, può per eccezione totalmente cadere, dando luogo all' apiressia. La contrattura però in genere spa-

risce e gradatamente, a misura che si avvicina l'istante supremo e la risoluzione generale del sistema muscolare è la compagna ordinaria del coma profondo, che invade il malato. Altri fenomeni, come la stitichezza, la sitofobia, l' insensibilità cutaneo-muscolare persistono sino alla fine.

Quando la malattia volge ad esito favorevole, allora i fenomeni psichici, del pari che i fisici, si mitigano gradatamente, la febbre si fa remittente e finisce per cadere del tutto, la stitichezza dà luogo ad evacuazioni ventrali dapprima spazieggiate, poi più frequenti e giornaliere, la contrattura diminuisce, il ventre va facendosi trattabile e meno renitente; la fisonomia si rianima, lo sguardo s' illumina, la parola si fa strada attraverso alle labbra disadatte, e tutta la psiche rifiorisce al soffio gagliardo della vita.

Non bisogna però credere che tanto le funzioni mentali, quanto le corporee si riordinino del tutto; non ci è stato mai dato vedere un' assoluta guarigione del delirio acuto a forma melancolico-stupida; soltanto in forza di un accentuato miglioramento, lo stadio acuto può cedere il posto ad uno cronico e la malattia decorre colle ordinarie apparenze della lipemania con stupore e perdurando questo, passare a demenza come nei primi due casi, che abbiamo riportati.

Anatomia patologica.

I reperti anatomici *post mortem*, seguono anche pel delirio acuto stupido-melancolico, la legge generale, la quale governa tutte le malattie mentali: l'anatomia patologica è in una parola insufficiente a rendere ragione delle molteplici e gravi apparenze della malattia, e le alterazioni non corrispondono ai fenomeni osservati durante la vita.

Nelle quattro necroscopie che potemmo praticare, avemmo, riassumendo, i seguenti risultamenti.

Il processo putrefattivo si mostrò assai avanzato in due casi, poco sviluppato in un caso, in un altro nullo. L'emaciazione pure seguì la stessa regola, e nei casi nei quali la putrefazione era poco avanzata, si ebbe ben conservato il grasso cutaneo.

Le alterazioni generali in blocco, qual più, qual meno, si verificarono in tutti, ma con frequenza ed attività differenti.

La dura-madre si presentò iperemica in diverso grado in due casi, in due casi sana assolutamente e in questi pure, il seno longitudinale superiore e gli altri seni meningei, contenevano pochi coaguli sanguigni.

La pia-meninge al contrario mostrò le alterazioni più costanti, giacchè in tutti e quattro i casi apparve iperemica in diverso grado, ingrossata, ma in generale facilmente distaccabile dal cervello sottoposto. L'aracnoide pure offrì, in 2 casi su 4, un'anomalia di secrezione, evidentemente dovuta al processo irritativo del quale era stata sede durante la vita. e fu trovato siero giallognolo in gran copia nei ventricoli e negli spazj sotto-aracnoidei.

Quanto alle lesioni proprie e fondamentali della sostanza cerebrale, trovammo in genere, che poche furono le alterazioni e di poca entità: infatti, meno un po' di anemia in un caso, di iperemia diffusa o a placche in un altro, o un po' di rammollimento probabilmente dovuto al processo putrefattivo assai inoltrato per la stagione assai calda, non riscontrammo altro che potesse renderci conto della fenomenologia in discorso; finalmente, in due casi, le arterie dell'esagono e le silviane furono riscontrate fortemente ateromatose.

Dal cervello passando agli altri organi, i polmoni presentarono, in 3 casi su 4, un forte ingorgo sanguigno con edema, dipendente da ipostasi. Gli organi del basso ventre, meno lesioni eventuali e non certo dipendenti dal processo della malattia, non presentarono alcuna alterazione e molto meno quelle le quali accompagnano le febbri acute a processo dissolutivo.

Di fronte a tanta incertezza di reperto anatomico, conviene limitare il nostro giudizio; non possiamo adunque come per le malattie comuni riportare il delirio acuto degli alienati a forma melancolico-stupida, ad un' alterazione materiale determinata e costante.

Avviene per esso quello che avviene per la massima parte delle malattie mentali; l' alterazione anatomica sfugge per adesso alle nostre indagini, e per quanto si faccia, non riusciamo ancora a penetrare la sfinge; bisogna contentarsi di riportare i tipi ad una lesione puramente funzionale, o a probabili sconcerti idraulici, i quali devono avere certamente molta parte ed efficace nella produzione delle anomalie funzionali del cervello.

Non ostante ciò due fatti principali ed assai importanti emergono dalle osservazioni suddette, e sono:

Primo: la *costanza* e la quasi *solitudine* delle *lesioni cerebrali*, sia limitate alle meningi, sia estese anche alla polpa cerebrale, ma più specialmente localizzate alla pia-madre, la quale è sempre sede di disordini circolatorj e di nutrizione.

Secondo: la *mancanza* di quelle alterazioni, le quali sia nella massa sanguigna, sia negli organi del torace o dell' addome, sogliono denotare colla loro presenza, una malattia a processo dissolutivo.

Vogliamo anche notare che manca completamente in tutti i casi quell'edema cerebrale, che molti autori

hanno voluto essere la causa dei processi di stupidità o per lo meno dello stupore.

Confrontando le risultanze delle nostre osservazioni, troviamo una notevole differenza con quelle dello Schüle, sia riguardo ai fatti, sia riguardo alle interpretazioni. L'illustre Autore notava infatti coincidere costantemente con la seconda forma del delirio acuto (astenica) la pochezza e la rarità delle lesioni cerebrali e la presenza costante di quelle alterazioni generali, le quali accompagnano sempre le febbri a processo dissolutivo. E qui dissentiamo da lui perchè, per quanto nei nostri ammalati si mostrassero spiegatamente la depressione, l'adinamia, lo spossamento di tutte le funzioni dell'organismo, pure i nostri casi non ci offersero nessun fenomeno in vita, nessuna alterazione dopo morte, che potessero anche lontanamente suscitare il dubbio, trattarsi di una malattia d'indole tifoidea. Contrariamente alle sue opinioni, ripetiamo qui, che noi crediamo esista una sola entità patologica sotto il nome di delirio acuto idiopatico, la quale a seconda delle circostanze, dei fenomeni concomitanti, del substrato sul quale si sviluppa, può assumere diverse apparenze come la follia morale.

Ma se dissentiamo dallo Schüle, non avvi differenza alcuna fra i reperti delle autopsie del 1880 e quelle del 1875, fatte come abbiamo detto, nel Manicomio di Firenze dal dott. Filippi; basta confrontarli coi nostri per persuadersene; e l'identità delle lesioni, come la identità dei fenomeni, fornirono al prof. Bini il mezzo di fare la stessa diagnosi.

Diagnosi e natura del morbo.

Da tutto quello che abbiamo detto fin qui, risulta chiara e netta la diagnosi del delirio acuto degli alienati a forma melancolico-stupida.

Già sappiamo che il *delirio acuto* in genere è malattia, la quale spiccatamente si distingue da tutte le altre e mentali e comuni per fenomeni speciali e per certe particolarità, le quali non se ne scompagnano mai. Certi caratteri sono comuni a tutti i casi di delirio acuto, e ne giustificano la classazione a parte fra i tipi nosologici e sono:

La estrema gravezza del male, il corso rapidissimo eccezionale, il più spesso letale, la sitofobia, la pronta emaciazione, il delirio, una speciale contrattura muscolare più che altro localizzata al ventre, una invincibile stitichezza e di più l'aspetto generale di una malattia acuta febbrile.

La diagnosi differenziale fra la *forma maniaca* e la *melancolico-stupida*, si fonda sulla modalità del delirio, che è triste e depressivo, sulla facile invasione dello stupore, con sospensione delle attività o delle manifestazioni cerebrali più o meno completa, sul rapido spossamento dell'organismo (non tanto per dato e fatto dell'aumentato consumo organico, quanto anche per riflesso delle condizioni psichiche sulle corporee), sulla più estesa e più costante contrattura muscolare e finalmente sulla più o meno completa abolizione dei riflessi come abbiamo già notato.

Se non che siccome anche la forma melancolico-stupida ha come la maniaca, l'aspetto di una malattia acuta febbrile e di più è molto accentuato lo stato di prostrazione generale, così ne nasce facilmente che si possa equivocare con altre malattie, le quali pure essendo acute e febbrili, presentano in maggiore o minor grado fenomeni di rapido indebolimento organico e più specialmente colle forme tifiche e la follia acuta pellagrosa o tifo pellagroso.

Fra le *forme tifiche*, la *intestinale* è la più ovvia a differenziarsi dalla malattia in discorso: a ciò servi-

ranno una curva termica speciale, l' andamento differente e più lento, la minore entità del delirio, che non accompagna mai o precede l' esordire della malattia, ma si genera sempre quando la malattia stessa è ben costituita; le lesioni dei visceri degli ipocondrj, la presenza della diarrea, della roseola, del gorgogliamento.

Quanto al *tifo esantematico* e più specialmente la varietà detta *tifo cerebrale*, la diagnosi eliminativa è un poco più difficile; non ostante, in questo caso pure vi sono fenomeni che raramente mancano, come l'esantema tifoso e il catarro bronchiale; di più qui ancora la prostrazione e l'adinamía più spiccate, si sviluppano soltanto ad una certa epoca della malattia e non vi ha a tutto rigore delirio triste, ma incoerente e vago, il quale può assumere a momenti la tinta di melancolico, ma è ben lungi dall' avere la costanza, la forza, l' uniformità di quello che accompagna il delirio acuto. Gli altri fenomeni cerebrali poi, per quanto più appariscenti che nella febbre tifoide, pure sono sempre in stretto rapporto col decorso del processo infettivo e raramente, quasi mai anzi, si sviluppano fino dai primi giorni del male.

Per tutte e due le varietà del tifo, varrà ancora la considerazione del contagio e della infezione.

Vi sarebbe anche da considerare il caso della *coincidenza* di una febbre tifica con una melancolia stupida comune.

Qui pure da un lato la presenza dei caratteri del tifo, dall' altro la mancanza di quelli proprj della melancolia stupida grave varranno a dissipare il dubbio. Così la mancanza della contrattura muscolare e specialmente del ventre, l' ostinatissima stitichezza e finalmente il carattere peculiare della prostrazione, la quale non è la vera e propria adinamia del tifo; sarà

bene però l'avvertire, che in questo caso la diagnosi non è delle più facili e che bisogna usare molta attenzione per ottenere e valutare i differenti fenomeni della malattia, giacchè è rilasciato alla saviezza del pratico il dare a ciascun segno il suo giusto valore.

Finalmente, il così detto *tifo pellagroso*, può farsi ragione di equivoco; per esso varrà l'anamnesi, la quale parla di pellagra sofferta e le traccie manifeste di eritema caratteristico sulle parti scoperte del corpo, lo stato di cachessia assai avanzato, la diarrea, la quale accompagna sempre la pellagra molto inoltrata e la mancanza di quelle alterazioni della motilità che accompagnano sempre il delirio acuto melancolico-stupido. Di più anche la provenienza da luoghi infestati da questo terribile flagello può essere di un grande ajuto nel caso in termini.

Dobbiamo anche per ultimo porre in guardia il pratico contro il possibile equivoco della malattia in esame, colle *malattie flogistiche* in genere del *cervello* e delle sue *membrane* (congestione meningea, meningite, encefalite, periencefalite, ecc.), nelle quali, come nel delirio acuto a forma melancolico-stupida, si possono riscontrare fenomeni di lesa funzionalità nervosa misti a fenomeni puramente somatici e a manifestazioni morbose psichiche, e più specialmente al delirio colle speciali modalità sopraddette. In questo caso saranno di grande ajuto le seguenti particolarità: malattia insorta rapidamente,dietro causa apprezzabile ed in genere per causa fisica, senz'alcuna precedenza di fenomeni mentali e più specialmente di delirio : anzi comparsa di questo a malattia ben costituita tanto da ritenerlo sintomatico dell'alterazione morbosa encefalica o meningea; mancanza di quella contrattura generalizzata del si-

stema muscolare e della stitichezza, che abbiamo veduto peculiari del delirio acuto.

Crediamo così di aver accennato, almeno per sommi capi, tutte le possibilità di errore fra la melancolia stupida acutissima e tutte quelle varietà cliniche, colle quali potesse andare confusa.

Che dire della natura del morbo? Per quanto valenti e robusti ingegni si affatichino ad indagare la natura delle malattie mentali, questa rimane per la quasi totalità di esse, un enigma; sia perchè alle differenti forme nessun reperto necroscopico corrisponda costantemente, sia perchè spesso si aprono cranj di dementi che non presentano davvero alcuna alterazione tanto macroscopica, quanto microscopica, o per lo meno, non è per anco possibile lo scoprirvela. È per questo, che anche in questo caso un giudizio sarebbe prematuro; come è certo che l' afflusso maggiore o minore di sangue al cervello ne modifica la vita fisiologica, così la patologia cerebrale deve ancora essere intimamente legata a disturbi idraulici, e per conseguenza anche nutritivi dell' organo più elevato dell' animalità; più specialmente poi in una malattia grave come questa, nella quale tanto intenso è il turbamento funzionale dell' intelligenza. Con questo non vogliamo dire, che probabilmente il delirio acuto in genere, e quello più specialmente a forma melancolico-stupida sia essenzialmente costituito da disturbi circolatorj o trofici del cervello. Le numerose autopsie già fatte fino da tempi relativamente lontani da noi, hanno dimostrato, che questo elemento occupa un posto importante nella produzione del delirio acuto; ma da questo all'esserne la sola ed unica cagione, avvi molta distanza, molto più che le diverse lesioni trofiche e circolatorie, sia delle meningi, sia della vera e propria sostanza cerebrale conosciute, hanno una sintomatologia ben diffe-

rente da quella fino a qui studiata. Devesi dunque per forza ammettere qualche cosa di speciale in questa malattia, la quale per i caratteri, che sarebbe troppo lungo qui il ripetere, presenta un aspetto così peculiare, e forse la natura intima nell'alterazione potrà esser in parte spiegata dall'esame istologico, molto più che recentemente il Deecke (1) studiando le modificazioni intime degli elementi cerebrali in due individui morti in pochi giorni coi fenomeni del delirio acuto, trovava che molte, forse le più delle cellule gangliari cerebrali, presentavano in un primo stadio di alterazione, quasi tutte le loro parti normalmente costituite e conservate, se non che erano circondate da una materia granulare o grassa, la quale avvolgeva a mo' di rivestimento libero il corpo della cellula; in un secondo stadio poi (progressivo) si alterano altre parti della cellula (prolungamenti basilari protoplasmatici e nuclei) con raggrinzamento, contrazione e anche sparizione di queste parti; in stadj estremi le cellule tutte fortemente alterate presentano il così detto *opacamento vitreo* e le cellule piramidali delle circonvoluzioni offrono la *degenerazione perlacea*: l' Autore osserva però, che queste alterazioni delle cellule cerebrali, si trovano anche nella massima parte dei casi di pazzia acuta e più specialmente della demenza, nella quale appunto esse corrispondono alla morte completa della cellula.

Nel caso attuale per mancanza di dati, conviene rimanere in sospeso e solamente restringersi pel momento alla diagnosi clinica della malattia, facendo voti che la stessa luce si getti sulla patogenica.

(1) Deecke. *Amer. Journ. of Insanity* 1881. *Jan. On same changes, in the ganglion cells of the grey cortex of the brain in acute delirium, etc.*

Prognosi, decorso, esiti.

Il prognostico del delirio acuto in genere è grave, per non dire gravissimo, giacchè quasi sempre ha un esito letale; la forma stupido-melancolica presenta la stessa gravezza della generica e anche più, perchè lo stato di debolezza generale e di prostrazione favorisce la terminazione colla morte; sui nostri 6 casi, 4 morirono, il che fa precisamente la proporzione dei 2[3, o ridotto in cifre centesimali il 67 %.

Il decorso è rapido e la malattia coi caratteri costitutivi dura al più 10 o 12 giorni, ma può anche essere di una durata più corta, riducendosi anche più acuto il decorso. Sono sintomi gravi e forieri di prossima fine: la straordinaria intensità del delirio e la sua tenacità, la febbre elevata, la stitichezza invincibile e la forte contrattura muscolare, la quale è di tanto più cattivo segno quanto più è generalizzata, la sitofobia, la quale non fa che aumentare la prostrazione; finalmente, anche lo sviluppo di esantemi (specialmente la eresipela) accenna a prossimo esito e sfavorevole. Non occorre dire che tutte le circostanze anamnestiche debilitanti (pellagra, cachessie, infezioni, miseria, allattamento, lipemania) e tutte quelle malattie che profondamente alterano l'organismo, le quali si possono sviluppare durante il corso del delirio acuto-melancolico-stupido, ne accelerano la mortale riuscita. Non sempre però il delirio acuto depressivo termina colla morte; l'organismo può superare la crise, ed allora sono buoni segni, la cessazione della febbre, la diminuzione o cessazione dell'insonnio, della sitofobia, della contrattura, della stitichezza e qualche barlume d'intelligenza che può apparire nelle folte tenebre della incoerenza. Però non abbiamo mai veduto guarire ra-

dicalmente la lipemania stupida grave. Rimesso alquanto della sua prima intensità, cessato lo stato acuto, la malattia ha ripreso il suo corso ordinario, persistendo in un grado piuttosto elevato, ossivvero dopo un certo tempo è passata alla forma terminale di molte malattie mentali, a demenza; la scossa era stata troppo forte pel cervello, e questo non ha potuto resistervi (1).

Terapia.

Scopo finale della medicina, sintesi terminale di qualunque studio è la terapia, come quella a cui in ultima analisi mirano gli sforzi degli studiosi. Però per le malattie mentali in genere, la terapia lascia ancora molto a desiderare. Costretta a scindersi per forza, nelle due forme distinte di *morale* e di *fisica*, la prima può in molti casi difficilmente applicarsi e per dato e

(1) Un fatto, non compreso nella precedente casistica, occorsomi di osservare nel Manicomio di Siena, tenderebbe a modificare alquanto la prognosi del delirio acuto melancolico-stupido, quando la diagnosi fosse stata certissima. Una tal C. D., di Sarteano, viene ammessa nel Manicomio senese nel febbrajo 1882, come affetta da lipemania stupida comune; la malattia segue il suo corso naturale, fino a che un bel giorno (5 aprile), insorge la febbre, accompagnata da sitofobia, stitichezza, bronchite, leggiero eretismo muscolare. Tememmo dapprima di una febbre tifoide; ma più tardi il decorso e la sintomatologia, ci fecero fortemente dubitare d'aver a che fare con un caso di delirio acuto a forma depressiva. Caduta la febbre, migliorato lo stato generale, la malata andò progressivamente risvegliandosi, fino alla completa guarigione. Se io fossi certissimo della diagnosi non esiterei a riformare il giudizio dato sulla prognosi di questa forma gravissima di alienazione mentale; ma la benchè minima incertezza mi forza a rimanere in sospeso fino a più esatte e complete osservazioni.

fatto dell'ambiente, delle condizioni individuali, o di incidenti imprevedibili, rendersi completamente nulla, o almeno essere di una efficacia molto ristretta e relativa: la seconda pure male può esser diretta contro una malattia, la quale nell'intima natura non si conosce ancora e della quale è ancora ignoto il processo nosogenico.

Contro il delirio acuto melancolico-stupido, la terapeutica morale vale fino ad un certo punto; la gravezza stessa della malattia, la quale simula un'affezione comune, piuttosto che avere l'aspetto di una vera e propria forma mentale, ne è la cagione; pur tuttavia l'isolamento, l'allontanamento da tutto ciò che può maggiormente irritare i malati e favorire in loro il mantenimento di quel delirio d'indole religioso e depressivo, che è caratteristico e che tanto influisce sull'andamento del morbo, possono giovare, inquantochè contribuiscono a conservare intatto quel residuo di energia psico-organica, che il malato tuttora possiede; per il rimanente sarebbe cosa inutile lo sperarne maggiori e diversi vantaggi giacchè, attesa la gravezza del male, il paziente non è in grado di percepire alcuna impressione, sia morale, sia materiale.

La cura *fisica* pure non è se non insufficiente; non potendo la natura colpire della malattia, è inutile parlare di una cura *diretta*, e resta soltanto *ultima ratio*, la cura sintomatica.

Tre sono le principali indicazioni che sorgono dal quadro stesso semejologico del morbo. 1.° Combattere l'insonnio, il quale logora non tanto le attività psichiche, quanto anche le corporee, essendo oramai provato, che durante il sonno il ricambio materiale è molto meno attivo, che durante la veglia. 2.° Combattere la stitichezza, la quale esercita una triste influenza su tutto l'andamento dell'economia animale.

3.° Finalmente, sostenere più che sia possibile le forze del paziente perchè almeno superi lo stadio acuto.

La prima indicazione si può soddisfare con tutti gli ipnotici e narcotici dei quali si può disporre: cloralio, oppio, morfina; più spesso riesce una miscela di tintura tebaica (goccie 10) con alkermes grammi 70 o 100; ma sovente s'incontra una reluttanza grandissima da parte dei malati a prendere le medicine, più che altro come dicemmo per lo spasmo glosso-faringeo; allora potrebbero giovare le injezioni ipodermiche di cloroidrato di morfina alla dose di 2 centigr. o più; ma su questo non abbiamo a vero dire alcuna esperienza; rimane ancora da tentare la via del retto e amministrare per clistere il medicamento; abbiamo così ottenuti buoni risultati dal cloralio unito nella dose di 2, 3, 4 grammi al caffè e latte; così il clistere viene tollerato bene, il medicamento assorbito con assai rapidità e si soddisfa anche all'altra indicazione di sostenere le forze; si può anche unire allo stesso veicolo la tintura tebaica, in dose però un po' maggiore di quello che si amministri per bocca.

La seconda indicazione, diciamolo fino d'ora, è più difficile a soddisfarsi! Siccome i purgativi ai quali bisogna ricorrere sono per lo più sostanze di cattivo sapore, è caso raro che si possa piegare un malato a prenderli per bocca; bisogna al solito ricorrere al clistere, e allora possono giovare i decotti di sena e manna, con o senza aggiunta di sale inglese e di olio di croton; ma come si sa l'azione del clistere purgativo sul retto è molto limitata e bisogna reiterare molte volte la sua applicazione per ottenere qualche scarica di ventre, la quale è quasi sempre figurata. Non bisogna poi dimenticare, che in gran parte la stitichezza dipende dalla poca alimentazione del malato.

La terza indicazione generale, ossia quella di so-

stenere le forze, è forse il punto culminante della terapia nel delirio acuto degli alienati. Quando il malato si ricusi affatto di accettare le medicine, si cerchi di ajutarlo in ogni modo: brodo, cordiali, vino generoso, alkermes, cognac, gin, wisckey, kirschen-wasser, caffè, thè, analettici d' ogni natura e sotto qualunque forma, possono e devono essere impiegati, e quanto più le forze accennano a scadere e tanto più attivo, pronto, oculato sarà l' ajuto del pratico; a noi ha dato qualche buon risultato anche la mistura di un infuso di sambuco, con acetato d' ammonio, nella dose di 150 grammi di infuso con 8 grammi a 10 di sale, il tutto addolcito con 30 grammi d' un siroppo qualunque. Ma quando il malato non prende niente, o appena preso lo rigetta, allora non vi hanno che due mezzi, o tentare l' alimentazione forzata, o ricorrere al solito alla via del retto.

L' alimentazione forzata per le narici col cucchiajo piegato è insufficiente, perchè il malato spesso si rifiuta, e perchè la faringe spasmodicamente contratta non lascia passare il liquido; la sondatura, può in qualche caso dare utili risultati: essa può vincere lo spasmo, ma appunto per dato e fatto di questo l' operazione riesce difficilissima nella maggior parte dei casi e appena estratta la siringa si ha per lo più l'immediato rigurgito di tutta la materia injettata; di più a malattia molto avanzata, lo stato gravissimo dei malati sconsiglia dall'adottar questo provvedimento, che anche quando viene praticato su individui sani di corpo può essere causa di gravi sconcerti. Rimane dunque unica via quella della mucosa rettale, la quale come si può fino da questo punto indovinare, è relativamente insufficiente; molte sostanze possono essere a scopo alimentare injettate nel retto, ad esempio, brodo, cordiale, vino generoso; a noi dettero buoni risultati i

clisteri di caffè e latte (vedi sopra) e quelli di *thè di bove* fatti colla seguente formula:

Carne cruda, gr. 340, batti, pesta e fai infuso per un'ora in acqua calda gr. 150, fai bollire per due minuti e aggiungi: vino generoso gr. 250.

Corrispose pure l'altra formula:

Carne cruda . . . . grammi 350
Animelle (pancreas) . . . » 80

batti e infondi in acqua gr. 200 per due ore.

A tutti questi clisteri nutrienti, si può aggiungere anche cloralio, laudano, tintura tebaica, morfina, ecc., sia per procurare il sonno al malato, sia per ottenere che sia tollerato meglio e trattenuto il clistere nell'ampolla rettale.

I fenomeni concomitanti del delirio acuto melancolico-stupido offrono, a vero dire, scarse indicazioni. La febbre è poco elevata e non impensierisce per la termogenesi, nel caso una bevanda ghiacciata (limonea o tamarindo) può essere sufficiente, nè per la sua natura può reclamare la somministrazione degli antiperiodici. Lo stato di iperemia o stasi cerebrale, pure raramente reclama provvedimenti all'uopo; quando si debba opporcisi saranno utili nel caso di flussione attiva (il che non avviene quasi mai) le applicazioni di ghiaccio alla testa, le mignattazioni alle mastoidi, nel caso di stasi o iperemia passiva i vescicanti alla nuca (somma attenzione per non indebolire le azioni cardiaco-vascolari) e i rivulsivi intestinali (clisteri). Finalmente le differenti forme esantematiche, che possono insorgere durante il decorso della malattia, possono essere curate coi soliti metodi di terapeutica.

Se la malattia volge a buon esito e passa ad una forma ordinaria di lipemania con stupore, la cura comune può essere indicata: ricostituenti, vescicanti alla nuca, bagni solforosi, docce fredde, bagno per avvol-

gimento, elettricità. Se poi la malattia volge a demenza, l'arte è disgraziatamente impotente e conviene al medico starsene intelligente, ma inoperoso spettatore della ruina totale di una mente.

Siena, 26 *marzo* 1883.

ANCORA SULLA OICOFOBIA. — *Lettera del dott.* A. VERGA *al prof.* Bernardo Salemi-Pace.

Egregio Collega,

Io potrei cominciare questa lettera con un: *Embrassons-nous*; perchè vedo che in fondo noi siamo d'accordo anche su questo argomento. Io devo anzi ringraziarla della gentile deferenza, con cui seguì nello studio dell'oicofobia, non dirò i miei precetti — chè io non sono in grado di darne ad alcuno, — ma le idee da me qua e là manifestate in altre occasioni.

A che si riducono infatti le nostre differenze? Avendo Ella dichiarato, nella seconda lettera a me diretta (1), che nelle sue ammalate non intese che di presentare due osservazioni di *predominante delirio caratterizzato dall'orrore alla propria casa*, io, che non ho visto le sue oicofobe, non ho difficoltà di accettare tale diagnosi, e rimetto ai nostri assennati e spassionati colleghi il sentenziare in ultima istanza, se nelle dette sue ammalate, l'orrore alla propria casa emerga da vero quale fenomeno *predominante* e *caratteristico*.

Havvi però nella sua seconda lettera un punto che richiamò la mia attenzione, e che io credo mio debito di non lasciare senza risposta, ed è dove dichiara di *com-*

(1) *Il Pisani*. Palermo 1882. Anno III, p. 254.

prendermi poco. Siccome quando io scrivo, bado prima di tutto a farmi intendere — altrimenti troverei più spiccio ed opportuno il tacere, — così una tale dichiarazione mi mortifica e m'impegna a tornarle innanzi per vedere di spiegarmi.

Le parole, il cui senso riuscì a Lei un po' duro, sono le seguenti: « Siccome alle ammalate ripugna di uscire dal Manicomio, *anche passando in una casa diversa dalla prima*, io non vedrei come all'orrore alla propria casa si debba dare una importanza capitale. »

Io avrò torto, ottimo sig. professore, ma quando ho buttato giù nella mia prima risposta (1) cotal periodo, ragionava presso a poco tra me nel modo seguente:

In ogni casa sono da considerare due cose: una *parte materiale*, ossia la forma, la grandezza, la disposizione dei locali e quanto s'attiene ai medesimi; e una *parte morale*, ossia la famiglia, i contubernali, i vicini, i frequentatori, ecc. Che vi sia altro da vedere, non parmi.

Ora l'una delle oicofobe del sig. Salemi-Pace non ha avversione alla parte *morale* della propria casa, cioè ai parenti, dacchè li vede volontieri, piange quando i figli, i nipotini si allontanano da lei, e si angustia quando avviene un ritardo nelle loro visite. L'altra poi (la Cicciona) interrogata da lui se aborrisse la casa o i parenti, rispose netto: *La casa; perchè i parenti mi son cari, ossia cari qui* (nel Manicomio), *ma in casa no*.

Non è dunque la parte *morale* della casa, la famiglia, i parenti, ecc., che coteste oicofobe hanno in orrore, sì bene la parte *materiale*, i locali e le loro adjacenze. E la Cicciona non può essere più esplicita su di ciò.

Ammesso questo (Ella mi perdonerà se io continuo il mio soliloquio, non per darmi ragione, ma per compiere

(1) *Archivio italiano per le malatie nervose*, ecc. Milano 1882, p. 101.

il ragionamento e riuscire a farmi comprendere), se nessuna simpatia attacca coteste ammalate al Manicomio e alla vita che vi si mena, se l' orrore delle medesime è tutto per le loro case, quali sono non moralmente, ma materialmente costituite, perchè non vogliono esse passare in altra casa, situata, fabricata, esposta diversamente, ove avrebbero il vantaggio di trovarsi sempre in compagnia dei loro cari? Nella nuova casa la *parte materiale* della casa antica che loro inspirava orrore, è scomparsa, e non resta che la *parte morale* che loro fa piacere. Come dunque continua in esse l'orrore? E perchè a quest' orrore dobbiamo noi dare tanta importanza?

Mi è venuto anche in mente che le sue oicofobe non volessero più aver impicci di casa, non volessero più occuparsi di *res familiaris*, come Ella traduce l' Οικος dei greci, e per questo amassero di restar nel Manicomio. Ma in tale idea non volli fermarmi, non parendomi ammissibile che i parenti volessero obligare quelle disgraziate a riprendere li antichi officj domestici, se esse non se ne sentivano più la volontà o la capacità, i parenti, dico, che si erano mostrati disposti per amor loro ad abbandonare l'antica abitazione e a trasferirsi in una nuova. Nessun dubio che essi le avrebbero lasciate vivere a loro grado, presso a poco come nel Manicomio.

Ella ora, nella seconda lettera, esclude, e giustamente, anche il sospetto che le sue oicofobe non volessero ritornare nelle case primitive per memorie dolorose che quelle risvegliassero; e conclude che, eliminato anche questo sospetto, *non rimane che il solo morboso istinto d'aver orrore alla propria casa.*

Ma qual casa, ribatto io (sempre, badi bene, al solo intento di rendere più intelligibile quel mio sfortunato periodo) qual casa, se la casa primitiva è lasciata da parte, è come non esistesse più, e si tratta di andare in un'altra che forse non ha nulla a fare colla prima?

Se l'orrore delle sue oicofobe si estende ad altre case, oltre alla propria, il loro ticchio non è più *oicofobia*, ma vorrebbe esser battezzato con altro nome; ed io tornerei a dubitare che l'istinto morboso che le domina, non sia piuttosto la simpatia per il Manicomio che l'antipatia per la loro casa.

Ella riderà di questo mio affannarmi a cercar la logica nei pazzi, mentre questa manca tante volte nelle persone ragionevoli, e rifugirà con me dal rientrare in una questione che è durata fin troppo. Al postutto se i ticchj dei pazzi meritano d'essere studiati, ciò non deve essere a danno dei savj. Non è vero?

Nello scrivere questa lettera io provai dell'imbarrazzò ed ho temuto più volte che accadesse a me quel che accadeva ordinariamente ad un professore de' miei anni universitarj, il quale quando diceva: *Mi spiego*, precipitava nella maggiore delle confusioni. Ma ora non ho più questo timore. Mi accorgo che Ella, così perspicace, non aveva bisogno di spiegazioni di sorta; mi ha capito benissimo fin dalla prima volta, e se mi ha riscritto, non fu che per darmi novella prova di quell'espansiva amicizia di cui è ricambiato dal suo devotissimo

Dott. *Andrea Verga.*

RIVISTA

Ricerche sperimentali intorno all' azione ipnotica e sedativa della paraldeide nelle malattie mentali; *seconda communicazione preventiva del dott. Enrico Morselli.* — L'A. premette un cenno sulle proprietà fisiologiche della paraldeide e sulla sua azione sul sistema nervoso e annunzia di aver pensato per il primo ad esperimentarla, prendendo a collaboratore il dott. Bartolomeo Bergesio.

L'effetto più importante da lui constatato è l'ipnotico, chè procura un sonno tranquillo, affatto simile al fisiologico, non

preceduto da eccitamento, nè susseguito da cefalea o da disturbi di digestione, e perciò la dice preferibile all'idrato di cloralio, del quale espone i difetti, i pericoli e le frequenti controindicazioni.

L'A. ne fece uso per sei mesi in 350 casi, di preferenza in quelli di mania e melancolia acuta, di demenza agitata consecutiva, poi di delirio sistematizzato allucinatorio, di paralisi generale progressiva, di epilessia e di isterismo: come pure nelle nevralgie, odontalgie ed ipocondriasi; infine nelle affezioni communi accompagnate da insonnio, quali il catarro bronchiale difuso, la pneumonite caseosa ed i vizj di cuore.

L'A. afferma che questo ipnotico ha un' azione sempre, si può dire, costante e che, se non vale come rimedio diretto nelle lesioni mentali, procura dei periodi di calma salutari con un sonno riparatore. In genere ne bastano tre grammi per ottener un sonno di 4 a 7 ore: il sonno appare di solito entro 20 o 30 minuti, di rado dopo un'ora o due. Va connesso con fenomeni d'ordine visivo, sensorio, circolatorio, respiratorio, termogenico e funzionale, che lo precedono, accompagnano e susseguono.

Il risveglio che vi tien dietro è graduato, senza scosse od interruzioni o senso di malessere, come talvolta insieme con altri sono li effetti postumi dell'uso del cloralio e della morfina: anzi qui il malato si trova ristorato di forze e colle funzioni digestive normali.

L'A. ha potuto inoltre colla paraldeide combattere l'agripnia e la disgripnia in malati divenuti refrattarj all'azione del cloralio o nei casi in cui questo era controindicato.

Compie il suo lavoro con una rassegna di tutte le forme mentali e delle malatie communi di cui sopra, nelle quali esperimentò con vantaggio il nuovo rimedio ipnotico, studiando in quali ne è più indicata l'applicazione. (*Gazzetta degli Ospitali*, N. 4, 5, 6 genajo 1883). *Chi....*

Un caso di nevrastenia cerebello-spinale con agorafobia; *per B. Salemi Pace.* — Il malato, di cui si occupa l'A., è persona agiata e colta, ha 56 anni; suo padre morì paraplegico e demente; un suo fratello è stato nevropatico con eccentricità di carattere. In seguito a patemi d'animo fu côlto

da vertigini, delle quali guarì; ma dopo 18 mesi si accorse che veniva meno in lui l'energia motoria e virile, a cui fece seguito l'impossibilità di poter traversare una piazza od uno spazio aperto, impeditone da un senso istintivo indefinibile di paura di cadere o di che altro malanno, tale da dar le vertigini e paralizzare le gambe: per superare la ripugnanza occorreva che alcuno gli désse braccio. L'A. fa notare che il paziente abusava di venere tanto da riportarne spesso delle ferite, non però vera sifilide. Egli curò il soggetto coll'uso della china, coll'applicazione della corrente faradica alla spina ed agli arti inferiori per due volte la settimana e negli altri giorni colla doccia a pioggia, diretta alla nuca con moderato soffione; questo veniva ricevuto con sensazione piacevole e come di ristoro dal malato, il quale aveva accusata una specie di dolore o di pressione alla località. Dopo 30 giorni la malatia scomparve, compreso l'orrore agli spazj aperti.

Tenuto conto, che il soggetto era nevropatico e sotto l'influsso di cause atte a favorire in lui la diatesi nervosa, come pure del difetto di energia motoria e sessuale, l'A. diagnosticò la malatia per irritazione spinale e siccome ebbe a guarirla con mezzi atti ad elevare lo scaduto tono delle azioni nervose, così la qualificò nevrastenica.

Essendovi poi coincidenti sintomi di senso di pressione o di dolore, di vertigine e di agorafobia, conchiuse trattarsi di *nevrastenia cerebello-spinale*. Qui l'A. si fa a cercare l'interpretazione patogenica dei fenomeni riscontrati sopratutto dell'agorafobia, e passate in rassegna le principali dottrine, che oggi hanno maggior credito presso i fisiologi sulle funzioni di quest'organo, viene ad emettere il concetto che, « il cervelletto « sì per le disposizioni e le azioni proprie delle sue fibre e delle « sue cellule, non che per le relazioni anatomiche, che tiene « con altri centri e diramazioni nervee, è uno dei principali « organi d'onde si svolge e coordina la forza motrice, regolando « i nostri movimenti nello spazio. »

Data pertanto una causa determinante un effetto morboso sul cervelletto, o direttamente o sulle sue attinenze anatomiche, si disordina il complesso di ciò che l'A. chiama *senso dello spazio*, di valore equivalente a quello che altri chiamarono il senso in-

tellettuale, morale, muscolare, ecc., ciò che appunto accadde secondo l'A. nel soggetto da lui curato.

Assegna poi come effetto di azione morbosa indiretta sul cervelletto la vertigine, di cui accenna alcune varietà di origine, per ritenerla nel caso concreto proveniente dal cervelletto e ciò per le condizioni asteniche in cui versava quest'organo, avendo l'anemia cerebellare alterato il *senso dello spazio.*

L'A. non crede che nel suo malato l'agorafobia fosse un prodotto della vertigine, ma viceversa questa un prodotto della prima. (*Il Pisani*, fasc. IV, V e VI, 1882). *Chi....*

Il delirio uremico maniaco nelle affezioni renali. — Il dott. Luigi M. Petrone, sentendo la necessità di studiare i delirj e le frenopatie che talora insorgono nel decorso di *nefriti croniche,* riassume in proposito quattro casi dell'Hagen, uno del Jolly, tre del Wilckiz, uno del Schulz, uno del Savage, uno dell'Haslund, quattro del Raimond, ne ricorda uno del Lecorché e ne descrive uno, frutto della propria osservazione.

Riconosce in tali casi l'origine dei disturbi psichici nella intossicazione uremica, ma riserva alle future osservazioni il valutare convenientemente la riflessione di Lasègue che: « Non « bisogna essere troppo pronti ad attribuire il delirio all'intos« sicazione uremica, ma è d'uopo ricercare se non esiste altra « causa, come l'alcoolismo od affezioni acute intercorrenti. » (*Rivista sperimentale di freniatria*, ecc. Anno VIII, fasc. IV, 1883). Dott. *G. B. Verga.*

La trasposizione dei sensi e l'ipnosi. — Il prof. Achille De Giovanni, rispondendo al dott. Ellero che gli communicò quel caso d'ipnosi con trasposizione dei sensi, che venne riassunto nel precedente fascicolo di questo *Archivio*, dichiara con arguzia pari alla gentilezza che l'interpretazione da lui data di tale fenomeno *ha molto di attendibilità,* ma che *attende* (tanto è attendibile) *maggiore dimostrazione.*

Arrestandosi poi sull'ipereccitabilità nevro-muscolare che si presenta nello stato ipnotico, afferma che i fenomeni convulsivi che si possono determinare spontaneamente ed a volontà in tale

stato, ***attestano che l'asse spinale acquista maggiore eccitabilità, come nei casi nei quali si sospende l' influenza che sopra di essi normalmente esercita il cervello.***

In tutta la lettera traspare l' intenzione lodevolissima dell' egregio clinico di Padova, di mettere la cautela e la diffidenza nell' animo di chi s'inoltra nel labirinto delle anomalie nervose, e di fare in modo che alle osservazioni degli increduli e dei beffardi si possa sempre rispondere col fatto. (*Gazzetta medica Provincie venete*, Anno XXV). *Galli.*

Diagnosi differenziale tra paralisi isterica e poliomielite anteriore; *per Hugues Bennet.* — L'Autore sostiene che nella quantità non piccola di casi in cui per l'eziologia e la sintomatologia non è possibile una diagnosi differenziale tra la paralisi isterica e la poliomielite anteriore, due metodi d' esame sono in regola generale decisivi.

1.° L' esame dei reflessi cutanei e tendinei. Detti reflessi mancano nelle poliomieliti ed esistono invece nell' isterismo.

2.° La ricerca dell' eccitabilità elettrica, la quale in brevissimo tempo scompare nella poliomielite, ma rimane conservata nell' isterismo.

Questa regola generale soffre però qualche eccezione. (*The Lancet*, 1882, 18 nov., e *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, N. 4, 1883). *Tambroni.*

Crampo idiopatico della lingua; *per A. M. Dochmann.* — Dopo aver fatta una enumerazione delle malatie nelle quali si possono verificare i crampi sintomatici della lingua, l'Autore chiama l' attenzione sul fatto sommamente raro del crampo idiopatico della lingua (nella letteratura ne sono registrati soltanto tre casi: uno di Erb, *Malatie dei nervi periferici*, seconda edizione 1876, p. 296; e due di Berger, *Nevrol. Centralb.*, 1882, N. 3), e quindi communica il caso da lui stesso osservato.

Nel febrajo 1882, si presentò all' ambulatorio del prof. Winogradow Anna G., dell' età di 9 anni. Suo padre raccontava che i sintomi della malatia erano comparsi nell' autunno dell' anno antecedente, nella più completa salute e senza causa

nota; che la bambina aveva molto sofferto al manifestarsi del crampo, e che negli ultimi tempi aveva perfino temuto di masticare e mangiare. L'inferma è bene sviluppata e proviene da genitori sani; ha tutte le parti della cavità buccale bene conformate e normali, e non si direbbe malata se, ad intervalli abbastanza regolari di 4-10 minuti, non fosse costretta a distendere la lingua, necessità che di notte è più rara, ma che pur si verifica e giunge talora a destare l'inferma. Negli intervalli fra un crampo e l'altro la lingua si presenta completamente normale. Nell'iniziarsi dal crampo non si osserva *aura* di sorta. L'inferma *è costretta a metter fuori la lingua*, e non può resistere a questo impulso, ma non prova d'altra parte alcun dolore della lingua, la quale sembra semplicemente stanca.

Se la fanciulla è desta, li accessi compajono più spesso, ogni 4-6 minuti; nello stato di riposo compajono soltanto 3 o 4 volte ogni ora, e perciò il volto della fanciulla prende un aspetto tranquillo. Ciascun accesso dura ordinariamente da 3 a 5 secondi, e tanto più quanto più grandi sono li intervalli fra un accesso e l'altro; se questi sono brevi molto, la lingua è soltanto in quiete per 3-5 secondi. Se l'inferma durante il crampo vuole chiudere la bocca, la lingua urta nei denti, e ciò naturalmente cagiona dolore. Ordinariamente il crampo compare così improvvisamente, che l'inferma non fa in tempo a chiudere la bocca. La parola è stentata, taluni vocaboli sono emessi con un suono sibilante, la deglutizione riesce difficile, per cui l'inferma nel periodo del crampo teme di mangiare qualsiasi cosa, essendochè, secondo le deposizioni del padre, in simili tentativi, più volte ha corso il pericolo di rimaner soffocata.

La malata fu curata internamente coll'eserina e col bromuro di potassio.

L'Autore unendosi alle vedute di Berger, crede che tale ipercinesi idiopatica dipenda da una irritazione del centro corticale o bulbare dell'ipoglosso, e che i crampi tonici si localizzino specialmente nei muscoli che tirano fuori la lingua. (*Medizinskoŭ Obosrenïc*, dec., 1882, *russisch* e *Centralblatt* cit.).

Tambroni.

Un caso di sifilide cerebro-spinale; *per il dott. Ju-*

rius Althaus. — Un architetto di 37 anni, non ammogliato, entrò nel dicembre 1881 all'Ospedale di Londra, e precisamente nella Sezione diretta dall'Autore. L'infermo nel 1863 aveva avuto il vajuolo, del quale guarì perfettamente. Nel 1873 contrasse un ulcero duro, cui tennero dietro tutti i sintomi della sifilide primaria, che si continuarono per 12 mesi, per cedere poi alla cura del mercurio e del decotto di Zittmann. Nel genajo 1880 incominciò a soffrire di fortissimi dolori di capo, che si ripetevano ordinariamente 3 o 4 volte nel corso delle 24 ore sotto forma di accessi, della durata di mezz'ora circa, e lo rendevano semi-maniaco. Un tale stato si protrasse fino al luglio dello stesso anno, non ostante le cure fatte, fra le quali primeggiò la cura del chinino. Fu appunto in questo tempo, che d'un tratto e senza sintomi precursori ebbe un accesso apoplettico con afasia ed emiplegia del lato destro, senza però perdere la coscienza e senza che ne conseguisse incontinenza vescicale o rettale. Degno di nota è il fatto, che fin da questo momento scomparvero per sempre i dolori di capo. In 10 giorni ricuperò l'uso della parola, ma rimase la paralisi del lato destro. In simili condizioni l'infermo si mantenne per alcuni mesi, durante i quali comparvero violenti dolori spinali, che furono curati con injezioni di morfina e con unzioni di pomata grigia sulla spina. Nel novembre si manifestò una leggiera paralisi della gamba sinistra che a poco a poco si fece completa. Ad essa tenne dietro paralisi della vescica e del retto, ma questa dopo breve tempo subì un rilevante miglioramento. Nell'estate 1881 fu curato con forti dosi di ioduro di potassio e con sublimato, senza che la paralisi ne traesse alcun vantaggio, mentre lo stato generale dell'infermo peggiorò di molto.

Quando fu accolto allo Spedale di Londra, l'infermo aveva perduto l'appetito ed era molto triste. All'esame objettivo si ebbero i seguenti risultati.

La memoria e le altre facoltà mentali normali; nessuna traccia di afasia o di anartria; organi dei sensi normali; sintomi oftalmoscopici negativi; nessun segno di paralisi facciale; tutti li altri nervi del capo pure sani; lingua non tremula e sporta in linea retta.

Braccio destro completamente paralizzato e rigido, massime

nel bicipite e nei flessori dell' antibraccio; sensibilità normale; reflessi tendinei enormemente accresciuti.

Gamba destra pure completamente paralizzata dall' anca all' ingiù; sensibilità normale; rigidità muscolare, massime nella parte dorsale della coscia; reflessi tendinei aumentati fors' anche più che nel braccio corrispondente.

Braccio sinistro completamente sano.

Gamba sinistra paralizzata però non completamente come la destra; reflessi tendinei alquanto accresciuti; sensibilità normale; nessuna traccia d' atrofia.

I reflessi del ventre e del cremastere erano aumentati.

I muscoli del tronco erano paretici tanto, che il paziente trovava la più grande difficoltà nel cambiare posizione nel letto e nel sedersi.

Nessuna cosa degna di nota presentavano li apparecchi respiratorio, circolatorio e digerente, se si eccettua una leggiera paresi intestinale.

I componenti dell' urina erano normali; la vescica ubbidiva poco all' impero della volontà; avevasi impotenza sessuale.

La cura consistette nella segale cornuta, nel bromuro e nell'ioduro di potassio, nel fosforo e nella corrente costante applicata al capo e alla spina, sotto la qual ultima cura fu ottenuto un rilevante miglioramento.

L' Autore riferisce questo caso per l'importanza che presenta principalmente sotto il punto di vista della localizzazione della malatia. Egli dopo minuto ed esatto ragionamento conclude coll' ammettere una endoarterite sifilitica e successiva trombosi del ramo esterno dell' arteria del Silvio sinistra, con otturamento transitorio della frontale esterna e permanente delle parietali. Spiega poi la paralisi della gamba sinistra con una lesione spinale, la quale sarebbe stata costituita da una difusione del processo sclerotico del fascio piramidale di destra, che nel rigonfiamento lombare, per la commessura anteriore, sarebbe anche passato a sinistra. (*Centralb. f. Nervenheilkunde Psychiatrie*, ecc., genajo 1883, n. 1). *Tambroni.*

Un caso di aftongia; *per il dott. F. Ganghofner.* — Ai tre casi di questa rara affezione, citati da Kussmaul nei suoi

Disturbi della parola, a pag. 238, somiglia molto il caso descritto dall'Autore. Esso però si differenzia da quelli, in quanto che trattasi di uno stato cronico, mentre i casi di Kussmaul erano di natura transitoria.

Adolfo R., di 19 anni, sarto di professione, raccontava, che nel parlare veniva istantaneamente preso da un crampo della lingua, e ciò più spesso nel conversare con persone nuove. Sull'origine della sua malatia, che datava fin dalla fanciullezza, non sapeva dire alcunchè d'interessante. Pare che tre anni prima egli avesse per lungo tempo sofferto d'affanno di respiro. Sua madre soffriva di sordità, una sua sorella di crampi ed un fratello maggiore di un simile difetto nel parlare.

Non appena il paziente intraprendeva un discorso, subito la lingua, presa da crampo, era spinta contro il palato duro o serrata tra le arcate dentarie. Contemporaneamente comparivano contrazioni cloniche o toniche nella parte sinistra della faccia, dei muscoli posti sotto il dominio del facciale, con storcimento del rispettivo angolo buccale, cosicchè il paziente rimaneva muto e non poteva continuare a parlare, se non dopo parecchi secondi. Nel pronunciare le lettere dell'alfabeto si manifestavano parimenti i crampi del facciale e dell'ipoglosso, per lo più nella pronuncia delle consonanti, quasi mai in quella delle vocali Nel recitare una poesia mandata a memoria o nel cantare una canzone non si verificava mai il crampo. Allorchè i crampi dei muscoli della faccia erano molto forti, insorgevano eziandio movimenti convulsivi dell'estremità inferiore di destra, raramente dell'estremità inferiore di sinistra. Nel ripetere rapidamente le lettere o le parole non venivano mai in campo i fenomeni morbosi. In conclusione, il caso mostrava una certa somiglianza colla balbuzie, dalla quale per altro si differenziava grandemente, in quanto che non si verificava mai la ripetizione d'una medesima parola.

L'Autore considera il caso come una nevrosi di coordinazione nel dominio della muscolatura, che serve alla parola, e la caratterizza come una *aftongia* in causa del crampo iniziale della lingua.

Una vera forma morbosa caratteristica dei casi designati sotto il nome d'*aftongia*, per una reale distinzione dalla balbuzie,

manca fino ad ora. Ciò potrà soltanto conseguirsi collo studio di un numero maggiore di casi.

Il *Bok*, raccomandato da Schrank nella balbuzie, non produsse nel caso riferito dall'Autore alcun cambiamento. (*Prag. Med. Wochenschrift*, 1882, n. 41). *Tambroni.*

I rapporti del nucleo lenticolare colla corteccia cerebrale negli uomini e nei mammiferi; *per il dott. Kowalewski.* — L'A. in base alle sue ricerche di anatomia comparata, fatte nel laboratorio del prof. Meynert in Vienna sugli uomini, sulle scimie, sui gatti, sui delfini, sui caprinoli, sui porcelli d'India, sui conigli, sulle talpe e sui pipistrelli, è giunto ai seguenti risultati, che contraddicono alle vedute di Henle e di Wernicke.

1. Il segmento esterno del nucleo lenticolare contiene immediatamente fibre della corona raggiata, della capsula interna e della capsula esterna.

2. Una parte di queste fibre termina nella parte esterna del segmento esterno del nucleo lenticolare, un'altra parte attraversa l'intiero segmento e penetra nella lamina midollare e nel secondo segmento.

3. Dal terzo interno del segmento esterno del nucleo lenticolare vanno nuove fibre al segmento mediano.

4. Questo riceve fibre dalla corona raggiata, dalla capsula interna e dalla lamina midollare.

5. Il segmento interno riceve fibre dalla capsula interna ed in parte dal segmento mediano.

6. Il nucleo caudato e lenticolare formano un ganglio, diviso in due parti dalla capsula interna.

7. In alcuni animali si vedono fibre della corona raggiata portarsi al nucleo caudato. (*Vorl. Mitth. in Medizinskoie*, ecc. 1882 e *Centralblatt für Nervenheilkunde*, *Psychiatrie*, ecc. N. 3, 1883). *Tambroni.*

Una forma d'atrofia generale in seguito a difterite, probabilmente di natura nervosa (nevrotrofica); *per il dott. A. Cahn.* — Nella clinica di Kussmaul fu osservato in un ragazzo di 14 anni, di robusta costituzione, otto

giorni dopo un' affezione difterica, una paresi faringea di grado leggiero ed una paralisi pure leggiera dell'esofago. Quest'ultima comprendeva l' esofago in tutta la sua estensione, e cioè, tanto la sua muscolatura liscia che la striata. Si aveva nello stesso tempo un *notevole disturbo di assimilazione*. L' infermo mangiava moltissimo, digeriva senza alcuna molestia, andava di corpo ed urinava normalmente, sì per quantità che per qualità, non presentava alterazioni di temperatura, e tuttavia dimagriva eccessivamente. La facoltà di funzionare degli organi era conservata, ma soltanto la *vis plastica* (Virchow) era indebolita. Mancavano affatto sintomi nervosi, all' infuori di una diminuzione del fenomeno del ginocchio. Dopo diverse oscillazioni della malatia si verificò in capo a sei mesi un lento e graduato miglioramento.

L'Autore è inclinato ad attribuire quest'alterazione di ricambio materiale ad una *paralisi dei nervi trofici in seguito alla difterite*. (*Berl. Klin. Woch.*, 1883, n. 1). *Tambroni.*

Sui rapporti fisiologici del ganglio cervicale superiore coll' iride e colle arterie del capo; *per il dott. J. Tuvim.* — In base agli esperimenti fisiologici fatti sulle rane, sui conigli e sui gatti, l'A. viene alle seguenti conclusioni:

1. Il ganglio cervicale superiore, indipendentemente dal sistema nervoso centrale, non ha soltanto una influenza trofica, ma anche tonica per le fibre nervose, che da esso vanno all'iride.

2. Il ramo, che unisce il ganglio cervicale superiore col nervo ipoglosso, non serve come conduttore dei reflessi cerebro-spinali all' iride.

3. Le fibre, che dal ganglio cervicale superiore vanno alle arterie del capo, non hanno alcuna influenza tonica sulle medesime. (*Militär medizinisches journal* 1882 e *Centralblatt* cit.).

Tambroni.

Sul rapporto del peduncolo cerebrale colla cuffia nei cervelli abnormemente sviluppati; *per il dott. Mierzejewski.* — L'A. ebbe occasione di confermare il trovato di Meynert, che risguarda il rapporto del peduncolo cerebrale

colla cuffia, in due cervelli di idioti. Egli difatti trovò la cuffia maggiormente sviluppata, dove i gangli frontali e centrali erano rimasti indietro nello sviluppo, mentre in un caso osservò la coincidenza dell' arresto di sviluppo delle circonvoluzioni occipitali e temporali colla esilità della cuffia. L'A. termina con alcune considerazioni ipotetiche. (*Przeglad lekarski*, N. 39-82 e *Centralblatt* cit.). *Tambroni.*

Sui riflessi depressòri, determinati da irritazione delle mucose; *per il dott. Belfield.* — L'A. esperimentava nei cani, i quali venivano curarizzati in modo che i riflessi generali fossero totalmente impediti. Un bastone portante all'estremità un anello di caoutciuc veniva introdotto nel retto o nella vagina, e con esso si facevano delle dolci fregagioni sulla mucosa. Nella irritazione si verificava una diminuzione di pressione nella carotide per 5-52 per 100.

La depressione seguiva in massimo grado nella irritazione dell' orifizio. L'A. trovò, che i nervi che escono dal midollo lombare offrono la via centripeta per questi riflessi depressòri, e che i nervi splancnici conducono l' impulso depressore ai vasi. (*Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1882). *Tambroni.*

Inegnaglianza di sviluppo e di peso degli emisferi cerebrali. — I dottori G. Gaglio ed E. Di Mattei, contrariamente al Luys (il quale dalle sue osservazioni ricavò che *normalmente* l'emisfero sinistro è più sviluppato e più pesante del destro di 5 o 6 grammi, e *patologicamente* l'opposto) dall'esame di 59 casi rilevarono che *li emisferi cerebrali raramente sono perfettamente eguali in peso, ma che ora prepondera l'uno, ora l'altro, e che in media il destro è più pesante del sinistro di grammi 4.*

Il Crichton Browne in 400 alienati pure aveva già trovato la prevalenza in peso dell' emisfero destro sul sinistro, ed aveva dichiarato che questo fatto diveniva ancora più manifesto nei sani di mente desumendolo dallo studio di 32 casi di pazzia, nei quali questa era di data recente così da ritenere che non avesse recate profonde lesioni al cervello.

L'anatomia non darebbe quindi ragione a coloro che ammet-

tono la superiorità funzionale dell'emisfero sinistro in confronto al destro. (*Rivista sperimentale di freniatria*, ecc., 1883).

Dott. *G. B. Verga.*

La trabecola cinerea. — Il prof. Lorenzo Tenchini continuò lo studio, di cui già venne fatta la rivista nel fascicolo VI novembre 1882, di questo *Archivio*, sulla *trabecola cinerea*, studio che egli ritiene *non del tutto scevro d'interesse scientifico, massime per la medicina legale*, e si appoggiò a nuove osservazioni istituite sui feti, neonati ed adulti (50 maschi e 50 femine) ed anche su individui che presentarono turbe nei processi psichici (19 soggetti, di cui 15 uomini e 4 donne). Trovò ampia conferma di quanto espose nel precedente lavoro e si convinse maggiormente che il grande sviluppo della trabecola e la sua duplicità sono segni di degenerazione psichica, mentre dinoterebbe il contrario la tenuità e meglio l'absenza della stessa. Avendo poi pesato i cervelli, riscontrò che in quelli nei quali la trabecola è esile o meglio mancante, il peso medio è superiore a quello dei cervelli nei quali appare larga, di grosso spessore o duplice, epperò l'A. si crede autorizzato a ritenere, anche per questo fatto, che la trabecola sia in ragione inversa delle attività mentali, il che sarebbe vero se i processi psichici fossero in proporzione del peso del cervello. (*Annali Universali di medicina*, genajo 1883).

Dott. *G. B. Verga.*

BIBLIOGRAFIA

Dell'ubriachezza in Milano. — *Memoria del prof. comm.* ANDREA VERGA, letta dall'Autore al R. Istituto Lombardo di scienze e lettere sulla fine del 1882.

Queste Memoria si può dividere commodamente in due parti. Nella prima l'A. espone alcuni dati statistici sull'ubriachezza in Milano, ripetendo per il sessennio 1872-77, quel che aveva già fatto in altra Memoria per il quinquennio 1867-71.

Nella seconda rivolge la sua attenzione specialmente alla *donna*, della quale, sotto il rapporto dell'ubriachezza, non si era punto curato nell'altra Memoria.

Così il presente lavoro riesce appendice e complemento del primo, già letto dall'A. allo stesso Istituto Lombardo nel 1872.

Nella prima parte si direbbe che l'A. volle mostrare le difficoltà che s'incontrano dagli studiosi in queste indagini, e come una ricerca statistica debba essere ripetuta e controllata in varie maniere, perchè riesca a un risultato positivo e certo. Mentre infatti contentandosi della statistica degli ubriachi raccolti sia nelle sale *deliranti* dell'Ospitale maggiore di Milano, sia nei Corpi di guardia di publica sicurezza, si verrebbe a concludere che l'ubriachezza in Milano andò dal 1867 al 1877 diminuendo, dalla statistica invece dei negozj di vino e specialmente di liquori che si aprirono in Milano con licenza politica dal 1872 al 1877, e dalla statistica del materiale vinoso e specialmente alcoolico che s'introdusse e produsse in Milano nello stesso periodo, si viene a conchiudere che anche in Milano si beve e strabeve con danno della moralità e della salute.

Perciò l'A. crederebbe provedimenti ad un tempo economici, igienici e morali l'aggravare la tassa degli esercizj per le bettole, le cantine di vino e le botteghe dei liquoristi, o il limitarne il numero, o il limitare le ore in cui possono rimanere aperti, e l'inalzare il dazio, sebbene già alto, del materiale alcoolico che s'introduce e produce in Milano. Confrontando però Milano con altri centri di popolazione, specialmente esteri, l'A. non crederebbe ancor giunto il tempo di pensare ad un'apposita *Società di temperanza.*

Nella seconda parte l'A. considerando, con uno studio affatto nuovo, l'ubriachezza nella donna e indagando in che differisca da quella del maschio, ci condurrebbe alle seguenti conclusioni.

1. La donna si lascia da noi molto meno che il maschio prendere attualmente dall'ubriachezza, e ne soffre molto meno i funesti effetti (che sono quelli notissimi dell'alcoolismo).

2. La donna che da noi si ubriaca appartiene agli infimi strati sociali (cuoche, serventi, cucitrici, tra le quali si contano molte prostitute) e fa mostra d'un vero abbrutimento.

3. Il maschio si dà agli eccessi del bere nella stagione fredda; la donna pare che v'inclini più nella stagione temperata.

4. La bevona ricade più frequentemente e più sconciamente nell'ubriachezza che il bevone e ne rimane più presto vittima,

avendosi per lo contrario esempj nel maschio di strana resistenza all' azione del veleno alcoolico.

5. L'ubriaca muove la nausea e il riso colle sue sconcezze, ma non è pericolosa nè a sè nè agli altri (non tende nè a ferire, nè a rubare, nè ad ammazzarsi), dove l'ubriaco spaventa cogli eccessi cui si abbandona e ne rimane spesso severamente castigato.

L'homicide commis par les enfants. — *Par le doct.* PAUL MOREAU *de Tours*. — Paris, 1882.

Io mi sono fatta già premura di annunziare al R. Istituto lombardo di scienze e lettere nella seduta del 15 marzo u. s. questa nuova publicazione del nostro egregio corrispondente di Parigi.

In quella seduta infatti dopo aver parlato con qualche dettaglio di un contadinello d'anni 12, che io ebbi occasione di conoscere a Pavia nei primi anni della mia carriera medica, il quale venuto a lite nella spartizione di poca erba con un suo compagno, lo avea occiso a colpi di falcetto, mi rallegrai che il lugubre argomento degli assassinj commessi dai fanciulli sia stato recentemente svolto in Francia con molta dottrina ed abilità dal sig. dott. Paolo Moreau di Tours, e siasi così riempita una lacuna che esisteva nella medica letteratura e della quale dolevansi specialmente la psicologia e la medicina legale.

Io non volli seguire passo passo l'Autore nella sua classica e completa monografia, e mi limitai ad esporre con qualche considerazione critica i principali corollarj del bel lavoro dell'illustre alienista francese.

Determinato il valore da accordarsi alla parola *enfants*, adoperata dal sig. Moreau a proposito di fanciulli dai 3 ai 18 anni, io confermai con molte osservazioni mie ed altrui e con varie citazioni l'idea emessa dall'A., che cioè sia *innata nell'uomo la disposizione alla crudeltà e alla ferocia.* Importava mettere in sodo questo fatto, dal quale ricevono tanta luce la fisiologia e la patologia del fanciullo, e contro il quale indarno protestano il sentimentalismo e l'orgoglio umano.

Ammesso in fatto che il fanciullo porta fino dalla nascita una

tendenza alla crudeltà, che in lui la ragione, non ancora bene sviluppata, non può servire di freno sufficiente agli istinti feroci, e che in lui molto spesso l'innata tendenza al male, non che corretta, è favorita dall'educazione, noi spieghiamo facilmente li assassinj commessi nella prima età e ci meravigliamo anzi che essi non occorrano con frequenza maggiore.

Io però confesso di non poter considerare l'*eredità* come influenza semplicemente morale, e vedendo nell'impasto organico o nella natura fisiologica la base del temperamento, proporre di sostituire alla distinzione tra *cause d'ordine fisico* e *d'ordine morale*, adottata dall'A., la distinzione, egualmente antica ma meno equivoca e più pratica, di *cause disponenti ed occasionali*, ascrivendo alla prima la *costituzione fisica*, ereditaria o no, il *sesso maschile* e l'*educazione trascurata*, e collocando fra le seconde, in capo di lista, la *colera* e la sua immediata conseguenza, la *rissa*.

Dove io sono pienamente d'accordo coll'A. è nel consigliare la massima circospezione nel valutare l'influenza di certe forme del cranio e di certe pieghe del cervello nella produzione del delitto. Sotto questo rapporto io penso che le idee recentemente emesse da Benedikt non meritino maggior fiducia di quelle da gran tempo emesse dal nostro Lussana; anzi, messo tra le une e le altre, a queste ultime io mi volgerei di preferenza.

Finalmente io devo manifestar di nuovo il dubio che la legge che riguarda i piccoli assassini non corrisponda meglio al suo scopo in Italia che in Francia. Ma il deportare i fanciulli omicidi o il recluderli *perpetuamente* in Asili speciali, secondo che agirono con discernimento o senza, come proporrebbe il signor Moreau di Tours, mi pare soverchio. I fanciulli sarebbero trattati più severamente degli adulti, la cui condanna non è sempre a perpetuità. A questo proposito io chiamo l'attenzione dei giudici e dei magistrati sugli effetti che si ottennero dall'istituzione dei Riformatorj dei giovani in Italia, effetti che mi sembrano più sodisfacenti di quelli che il Governo francese ottenne dall'istituzione delle Colonie di castigo in Algeria.

Dott. *A. Verga*.

Sopra una malattia del sistema nervoso centrale analoga al quadro della degenerazione grigia cerebro-spinale senza reperto anatomico, con alcune osservazioni sulla contrazione paradossale (*Ueber eine dem Bilde der cerebro-spinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystem ohne anatomischen Befund, nebst einigen Bemerkungen über paradoxe Contraction); del prof.* WESTPHAL.

Sono due osservazioni nelle quali, sebbene il complesso sintomatico corrispondesse in tutto a quello della degenerazione grigia cerebro-spinale multipla, pure all'autopsia si ebbe un reperto negativo tanto macroscopicamente, quanto ancora all'esame microscopico. Le medesime, oltrechè valgono a dimostrare una volta di più la verità del noto adagio che *ogni regola ha la sua eccezione*, mi sembrano altresì ben meritevoli di venir riassunte nel migliòr [modo e più breve che per me sia possibile.

Il primo caso descritto dall'illustre clinico di Berlino riguarda un certo Neugebauer, operajo, ammesso il 4 agosto 1866 alla Charité, in età di 18 anni, poco dopo il principio della sua malatia. Questa era insorta con debolezza nei movimenti degli arti superiori e inferiori, disturbi d'udito assai facili e diplopia. A tali fenomeni, che andarono poco a poco aumentando di intensità, si aggiunsero più tardi (1872) un notevole indebolimento mentale, rigidezza nelle estremità inferiori, tremore nei superiori, e per i movimenti volontarj, anche negli inferiori, di più *contrazione paradossale* (paradoxe Contraction (1)). Il tremore si difuse poscia al capo, alla lingua, alla mascella inferiore ed alla muscolatura in genere, nei movimenti volontarj (compresi quelli degli occhi), che venivano eseguiti assai lentamente. Si notò ancora difetto di pronunzia, paresi della mo-

(1) La *contrazione paradossale* (paradoxe Contraction del Westphal) consiste in ciò che un segmento di arto, il piede ad esempio, s'irrigidisce qualora venga flesso passivamente dalla parte dorsale, e rimane poi in tale positura, tanto che l'ulteriore osservazione non potrebb'essere prolungata più a lungo (oltre 27 minuti).

tilità della lingua, e finalmente l'individuo morì, in modo quasi repentino a 27 anni, 9 dall'inizio della sua affezione.

Nel cadavere riscontrossi anemia in quasi tutti li organi, epatizzazione nel lobo inferiore del polmone sinistro, ma nulla degno di nota nel cervello e midollo spinale anche all'indagine istologica che fu praticata dopo averne indurita la massa col bicromato potassico.

L'altra osservazione si riferisce ad un calzolajo (Bödler) di 36 anni, entrato all'Ospizio istesso il 14 aprile 1877. Sei anni prima egli era stato affetto da tifo addominale e in seguito da debolezza alle gambe con dolori estesi anche al sacro e senso di paralisi o intormentimento (*Abgestorbensein*) ad ambedue le mani. Migliorato di questi disturbi, il paziente andò soggetto poco dopo a dolori articolari e intorno al corpo, difficoltà nel moto, facile stanchezza, tremori alle gambe ed alle braccia di entrambi i lati: vi successero dolori al capo e indebolimento intellettuale, non che difficoltà di pronunzia, dolori, debolezza e irrigidimento nelle braccia. Due o tre anni innanzi che fosse ricevuto alla Charité, l'infermo aveva avvertito anche incertezza nell'oscurità ed un accesso di alterata visione subjettiva insieme a vertigine. Per forte spavento poi aveva avuto una supposta perdita di coscienza, indi gravi dolori in tutte le articolazioni e, cessati questi, di nuovo era peggiorato con probabile paralisi a destra e consecutivi delirj, che per altro rapidamente si dileguarono.

Allorquando fu visitato dal prof. Westphal, il Bödler presentava disturbi di loquela, tremore nei movimenti volontarj, particolari contrazioni alla faccia, debolezza negli arti superiori ed inferiori; poteva camminare solo coll'ajuto di un appoggio, mostrava rigidezza e cadeva se ad occhi chiusi. I movimenti passivi (ad esempio l'estensione del ginocchio) in parte erano impediti, esisteva il fenomeno del ginocchio (riflesso tendineo rotuliano), e contrazione paradossale nella flessione dorsale del piede. Durante il periodo ulteriore della malatia, l'individuo ebbe una specie d'accesso furioso con affievolimento di memoria, poi deliquio, e, dopo un'angina tonsillare, migliorato della pronunzia insieme al tremore, alla fine dell'agosto (1877) fu

libero eziandio di tutti i fenomeni di paralisi, tanto da poter essere licenziato. Ma nello stesso giorno dovette nuovamente accogliersi nell'Ospedale, in causa d'un accesso di perduta coscienza con totale paralisi della sensibilità e del movimento negli arti a destra, iperestesia a sinistra e grave difetto di pronunzia (simile *der « scandirenden »*), inoltre paresi motoria e sensoria delle estremità a sinistra con tremore nei movimenti volontarj, contrazione paradossale nel tibiale anteriore e nei flessori della gamba, senza alcuna paresi tuttavia nel territorio del facciale. Più tardi sopravennero contratture, rigidezza, tremore, speciale mantenimento di certe posizioni passivamente date alle membra, contrazioni paradossali, lentezza nei movimenti (anche nella muscolatura della faccia); al 30 novembre del medesimo anno un accesso di dolori violentissimi esacerbantisi alla pressione sul tronco nervoso, scomparsa della contrazione paradossale nel tibiale anteriore e, dopo parecchi giorni senso di perfetto benessere con remissione della paralisi e rigidezza nelle estremità a sinistra. Nell'aprile e maggio del 1878 si ripeterono i dolori, crebbero il tremore e l'alterazione della pronunzia; e si ebbero altresì accessi furiosi intercorrenti, disturbi tutti che scomparvero in capo a parecchi mesi, sicchè l'infermo poteva andare da solo, adoperare le braccia, parlava meglio, aveva meno tremore nei movimenti, più lievi i dolori e le molestie alla faccia con senso di vertigine. Fu rilasciato conseguentemente nell'ottobre successivo, ma bentosto il Bödler riammalò sotto eguali sofferenze e collo stesso decorso, per cui venne ammesso in altro Manicomio (quello diretto dai dottori Ideler e Sanders), ove presto cessò di vivere il 2 marzo 1881.

La sezione, cui assistette lo stesso Westphal, non offrì di notevole che una intensa iperemia ed edema polmonare, e nel midollo spinale un'anomalia, consistente in un canale centrale doppio nella regione cervicale.

Alla chiara e minuta esposizione dei fenomeni riscontrati, l'A. fa seguire un'altretanto accurata disamina dei medesimi, e dopo aver rilevato come la suddetta anomalia non possa certo aver influito sul morbo da cui fu affetto il Bödler, conclude: *Si dà una neurosi generale* (che potrebbe denominarsi

pseudo-sclerosi, quantunque non molto felicemente), *la quale nè per i suoi sintomi, nè pel suo corso potrebbesi distinguere dal complesso sintomatico che il più spesso si osserva nella degenerazione grigia cerebro-spinale multipla.*

Il Westphal termina con alcune considerazioni sulla *contrazione paradossale* nella quale, come nei casi di malatia del Thompson, probabilmente trattasi di modificazioni nel tono muscolare, che possono dipendere da cagioni molto diverse, e di cui l'essenza è finora pur troppo, del tutto ignota. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* Berlin, 1883. Bd. XIV, Heft 1, S. 87).

Dott. *Giuseppe Peli*,
Medico nel Manicomio Provinciale di Bologna.

NOTIZIE - VARIETÀ

Ricovero di pazzi poveri a Teramo. — In questa Città, capoluogo della provincia d'Abruzzo ultra, venne recentemente aggiunta al Civico Ospitale una Sezione pel ricovero dei pazzi poveri d'ambo i sessi di quella Provincia che viveano già sparpagliati in varj manicomj o mal custoditi presso le rispettive famiglie.

Ci si dice che il nuovo Asilo abbia già ricevuto una cinquantina di cotesti infelici, e che all' organizzazione e amministrazione del medesimo intenda con lodevole zelo il Cav. B. Costantini, Presidente della locale Congregazione di Carità.

Villa di salute per le malatie nervose e mentali presso S. Maurizio Canavese. — Già da 20 anni esiste nel borgo di S. Maurizio Canavese a 40 minuti di distanza da Torino sulla ferrovia Ciriè-Lanzo, una Casa di Salute, specialmente per malatie chirurgiche, fondata dal benemerito Cav. dott. Carlo Turina.

Ultimamente a questa Casa, per cura del medesimo dott. Turina, si aggiunse, a un chilometro di distanza da S. Maurizio,

in aperta campagna e con splendida vista della catena delle Alpi, un ampio fabricato per le malatie nervose più gravi, complicate da disordini dell'asse cerebro-spinale. È una vera villa con sale da tratenimento e da giuoco, comparto per la cura balnearia ed idropatica, apparati elettrici, bigliardi, gabinetti di lettura, giardini, cortili, pergolati, ecc.

Medico-direttore dello Stabilimento è il sig. dott. Ippolito Cougnet, già assistente alla catedra di medicina legale e di psichiatria forense nell'Università di Torino; e medico consulente il Cav. dott. Enrico Morselli, professore di clinica mentale alla detta Università di Torino e medico-capo nel Manicomio della stessa Città.

La Psichiatria, la Neuropatologia e le scienze affini. — *Gazzetta trimestrale diretta dal prof.* G. Buonomo *medico-direttore dei Manicomj provinciali di Napoli, redatta dal dottor* L. Bianchi.

La Psichiatria italiana ha nel corrente anno dato un'altra prova di vita rigogliosa con questo nuovo giornale che viene a mettersi in fila coll'*Archivio italiano per le malatie nervose*, ecc., con quello di *Psichiatria e delle scienze penali*, colla *Rivista sperimentale di freniatria* e con quella di *Filosofia scientifica*, col *Pisani*; tacendo delle *Cronache* di quasi tutti i manicomj italiani, nelle quali si publicano di quando in quando lavori veramente rimarchevoli.

Il nuovo Giornale promette di avere vita robusta, redatto com'è da un giovane alienista istrutto, operoso, e al quale non mancherà certo l'ajuto efficace di valenti professori e di giovani studiosi che in buon numero si trovano nella grande Università di Napoli. La freniatria italiana può dunque rallegrarsi vedendo come tra noi di pari passo coi miglioramenti materiali dei manicomj proceda il moltiplicarsi dei corsi e dei giornali della specialità, e si allarghi la coorte dei suoi cultori. Il vecchio *Archivio per le malatie nervose* dà il benvenuto al giovane confratello sorto nella opposta estremità del nostro paese e gli augura prospera esistenza.

Dal canto mio però confesso che in mezzo alla naturale compia-

cenza che si prova dinanzi a tanta operosità, non so tenermi dal timore che siavi una dispersione di forze, e che sarebbe meglio stringere queste in un fascio compatto, fondendo tante publicazioni periodiche in un unico giornale. Esso, potente per risorse economiche e per la cooperazione concorde di tutti gli alienisti italiani, potrebbe emulare li *Annali medico-psicologici* di Parigi, la *Gazzetta psichiatrica universale* di Germania, il *Giornale inglese di scienze mentali.* Questo giornale colla larghezza delle sue risorse economiche offrirebbe a tutti li alienisti italiani facile modo di publicare i loro lavori importanti, sebbene di mole e ricchi di figure, e rappresenterebbe il movimento di questo ramo di studj nell'intera penisola. Comunque sia, finchè il tempo maturi un utile concentramento delle sparse forze, consoliamoci per la feconda operosità che anche nel ramo degli studj psichiatrici si va risvegliando in ogni angolo d'Italia.

Biffi.

Società Freniatrica Italiana. — Il 31 marzo 1883 la Società freniatrica italiana tenne una seduta straordinaria nella Biblioteca dell'Ospedale maggiore di Milano, presenti il Presidente Senatore Verga, il Segretario Biffi, i membri Bozzi, Chiverny, Colombo, Grazianetti, Raggi, Tarchini-Bonfanti, Verga G. B.

Il Presidente dà notizia della recente comparsa di un nuovo Giornale psichiatrico italiano che si publica dal Corpo medico del Manicomio di Sales in Napoli, e si congratula dello slancio che prendono i nostri studj anche in quella eletta parte d'Italia.

A proposito di qualche objezione mossa da taluno alla Esposizione che si terrà nel Manicomio di Voghera in occasione del prossimo Congresso freniatrico, il Presidente dichiara che tutto ciò che riguarda siffatte Esposizioni viene lasciato al Direttore del Manicomio, nel quale esse vengono fatte. E il prof. Raggi fa osservare che col suo programma ha cercato espressamente di dare alla Esposizione di Voghera tutto il carattere proprio della nostra specialità, per modo che presenti i recenti progressi che si sono realizzati in Italia in fatto di manicomj. Del resto, egli soggiunge, nel Comparto della quarta categoria, la quale abbraccia tutto ciò che si riferisce alla *cura morale*, potranno benissimo figurare anche i lavori degli alienati, quelli almeno

che sono attuati nei manicomj su larga scala. I concetti del prof. Raggi vengono approvati dall'adunanza.

Il Presidente crede che giovi determinare presto l'epoca del Congresso, per poterla far risapere in tempo ai Socj corrispondenti esteri ed ai Socj onorarj che amassero prender parte al Congresso personalmente o con qualche scritto. — Si ritiene che il Congresso durerà al solito otto giorni e cadrà nella seconda metà di settembre, ma l'epoca precisa verrà fissata dall'onorevole Sindaco di Voghera di concerto colla Presidenza della Società.

In seguito, sopra proposta Verga A., Biffi e Brocca, viene accettato come Socio corrispondente estero il dottor *Rothe*, direttore del publico Manicomio di Varsavia, sopra proposta Tamburini e Seppilli, vengono pur accettati nella stessa qualità, il dottor *Bechteren*, ajuto alla clinica psichiatrica di Pietroburgo, e il dottor *Fraenkel*, direttore del Manicomio di Bernburg. — A questi nuovi Socj verrà quanto prima mandato il relativo diploma.

Biffi.

Quarto Congresso Freniatrico Italiano

La *Cronaca* del Manicomio provinciale di Pavia in Voghera continua ad uscire regolarmente, e noi ne teniamo conto particolarmente per informare i nostri lettori di quanto concerne il Congresso freniatrico che avrà luogo nel prossimo settembre in quella città.

La Giunta Municipale di Voghera ha già votato L. 3000 per le prime spese a favore di questo Congresso, ed ha destinato definitivamente per sede del medesimo e della relativa Esposizione freniatrica lo splendido e capace palazzo detto del Collegio Nazionale.

Il Consiglio provinciale di Pavia deliberò pure di stanziare nel bilancio generale della provincia per l'anno 1884 la somma di L. 6000 per provedimenti che riguardano il medesimo avvenimento.

La Società freniatrica italiana ha già tenuto, come si è visto

più sopra, una prima adunanza straordinaria allo scopo di fissare definitivamente l'epoca e la durata del Congresso e di aggregarsi nuovi Socj corrispondenti esteri. Ormai per accordi fra la Presidenza della detta Società e il Municipio di Voghera è stabilito che **il IV Congresso avrà luogo dal 16 al 22 di settembre.**

L' egregio direttore del Manicomio di Voghera sig. dott. Raggi per quanto disse nella citata adunanza straordinaria della Società freniatrica e per quanto più difusamente publicò nella sua *Cronaca del Manicomio* della provincia di Pavia in Voghera, N. 4 ha abbastanza chiarito il programma della Esposizione freniatrica che avrà luogo durante il Congresso. Estendendosi l'Esposizione a tutti quei provedimenti che servono alla cura degli alienati, resta inteso che anche i lavori degli alienati potranno far parte della futura mostra freniatrica, perocchè è noto che i lavori costituiscono un mezzo importante del trattamento morale della pazzia. Ma nel tempo stesso dovendo l'Esposizione avere un carattere strettamente tecnico e scientifico, non vi si dovrà mandare ogni sorta di lavoro senza distinzione, il che ingombrerebbe soverchiamente i locali e sagrificherebbe lo spazio riservato ad altri oggetti, ma soltanto quei lavori, e in piccola quantità anch' essi, che si riferiscono ad impianto di laboratorj ben organizzati, quei lavori che non sono tanto profittevoli all' azienda dei manicomj in cui esistono, quanto appropriati alla natura delle persone che vi sono applicate.

Sentiamo con piacere che parecchi sono i lavori presentati al concorso sul *Progetto di un Manicomio economico*, intorno ai quali si dovrà decidere nel Congresso di Voghera.

Una Commissione a ciò nominata e della quale l' egregio direttore del Manicomio di Aversa dott. Gaspare Virgilio, è relatore, sta occupandosi dei diversi Progetti e dovendo questi naturalmente venir esposti al publico, non costituiranno la minore attrattiva dell'Esposizione del nostro Congresso.

Dottor Serafino Biffi, *Gerente.*

MEMORIE ORIGINALI

LA PAZZIA CIRCOLARE. — *Nota critica del dott.* SILVIO TONNINI, *assistente al Manicomio d'Imola.*

Se vi ha un argomento che sia stato trattato poco in Italia, è certamente quello della pazzia circolare o a doppia forma. Questa psicosi fu per la prima volta illustrata in Francia sotto gli auspicj di Baillarger e Falret.

Il concetto di pazzia circolare non è tanto semplice come a prima vista parrebbe, e non son pochi i problemi ancora oscuri intorno a questo argomento. La pazzia circolare è una forma costituita da accessi composti di un periodo di depressione e di uno di eccitamento o viceversa. Gli accessi possono essere divisi gli uni dagli altri mediante un intervallo lucido (forma periodica della pazzia circolare), oppure possono succedersi, senza interruzione, gli uni agli altri. Di regola fra i due periodi dell'accesso circolare non deve esservi vera e palpabile intermissione, altrimenti, a quanto ne pensa il Ritti, è tolta la base caratteristica della forma circolare. In questi casi si ammette che si tratti piuttosto di una pazzia periodica (melanconica e maniaca) a forme alterne (Ritti).

Non è dal semplice associamento di fenomeni di esaltamento e depressione che noi dobbiamo giudicare la pazzia circolare. Infatti non è raro incontrare varietà apparentemente circolari, in modo irregolare ed

epifenomenico, nel decorso di tutte le psicosi. Escludendo queste si vedrà allora che la pazzia circolare è una forma abbastanza rara tanto nei manicomj quanto in società. Talvolta le forme circolari sono confuse con certe alterazioni e variabilità del carattere che i profani con vocabolo forse più felice ed adeguato chiamano luna buona e luna cattiva. Ora, se nella pazzia circolare le modalità del carattere e le diverse suscettività affettive lasciano la loro impronta (come in tante altre manifestazioni psicopatiche), assai maggiore e più caratteristica appare, in questa forma, l'alterazione nel decorso, nella qualità, nell'associazione delle idee.

Fra quali forme deve essere qualificata la pazzia circolare? Anzitutto nella grande categoria delle psicosi degenerative, del che fanno fede il notevole predominio delle cause ereditarie, la periodicità, la mancanza dell'esito in demenza completa. Occupiamoci ora della periodicità. Abbiamo detto che la pazzia circolare è distinta in continua e periodica, meglio però sarebbe dire continua ed intermittente, intendendo noi per periodo, non l'intervallo, ma il ciclo della malattia. In questo senso, per periodicità noi intendiamo il succedersi regolare di più accessi gli uni agli altri, vi sia o no fra questi un lucido intervallo. Così considerando le cose appare palese che la pazzia circolare (continua o intermittente) è sempre una forma periodica.

E difatti, comunque molti autori ne facciano una forma speciale, il Krafft-Ebing la colloca, in un paragrafo a parte, fra le pazzie periodiche in forma di psic(oneur)osi. Ma quale psicosi isolata è periodicamente rappresentata dalla pazzia circolare? Chi può dire che esista un accesso circolare isolato? O per lo meno, avendolo riconosciuto a speciali caratteri, lo ha introdotto nella classificazione accanto alle psiconeurosi comuni? Invece i casi che possono passare per tali

rientrano tutti nel quadro della mania o della melanconia psico-neurotiche. Talchè la pazzia circolare potrebbe rappresentare non altro che la periodicità di quegli accessi di mania o melanconia, che talvolta si presentano in forma mista. Ma di ciò più oltre sarà fatto parola.

Periodo depressivo. — Il periodo di depressione sembra essere il più importante, il più caratteristico ed è quello che per solito raggiunge una più lunga durata e che per primo compare. La melanconia semplice è ricordata in un buon numero di casi in questo periodo della pazzia circolare. La melanconia con delirio è una forma piuttosto rara a verificarsi nella pazzia circolare; il delirio però si ha più spesso in questo periodo che in quello d' esaltamento. Anche la melanconia con stupore trova nella pazzia circolare il suo riscontro, però credesi in genere che lo stupore nei circolari sia più attivo di quello che nella comune lipemania con stupore. Vuolsi altresì dar qualche importanza al fatto che questi infermi trovano il tempo eterno. Il Ritti narra di un' inferma la quale raccontava che, durante il passaggio da un quartiere ad un altro, le pareva che il tempo non passasse mai. Però esaminando per bene questi dati, essi ci appariranno quasi inconcludenti per tentare un diagnostico differenziale fra la fase stuporosa della pazzia circolare e la comune melanconia con stupore. Il fatto dello stupore attivo è cosa che comunemente si osserva in quest' ultima forma ed io ne ho presenti alla memoria uno o due casi molto netti e qualificativi che in poco tempo mi si sono presentati. L'altro fatto che dal Ritti è tenuto in qualche pregio, cioè la durata del tempo, che appare smisuratamente lunga nei circolari durante la fase stuporosa, è dal Ritti stesso paragonato al fatto consimile che si verifica sotto l'influenza dell'haschisch.

Non credo però che ad esso si debba dare una speciale importanza poichè l' idea del tempo è il risultato della successione delle percezioni nella coscienza, il cui decorso nello stupore, per quanto attivo, ha subìto un notevole stato di arresto, senza il quale non si ha stupore. Ed è noto poi che tutti i melanconici con stupore attivo, immersi in questo stato anche per poco tempo, quando ricordano questo periodo gli attribuiscono una durata molto maggiore alla reale.

Secondo Emmerich lo stato melanconico consiste più (nei circolari) in generale depressione e torpore, con tendenza all' immobilità, di quello che in un delirio melanconico.

Fra i sintomi fisici pare che il dimagramento sia una cosa molto più comune in questa fase della pazzia circolare di quello che nella melanconia semplice o periodica, nelle quali anzi talvolta si ha aumento nel peso del corpo per una minor combustione organica. Però, secondo i più, questo fenomeno tiene a mancanza d'appetito, a cattive digestioni, cose tutte altrettanto comuni nel melanconico, da non doversene tener gran conto in via differenziale. Il Meyer su questa pretesa diminuzione del peso in questo periodo e sull'aumento di peso nel periodo maniaco ha voluto aggiungere un argomento per stabilire l' entità a sè della pazzia circolare e l' ha voluta, senza alcun criterio di qualche valore, considerare come *trofoneurosi*.

Sarebbe raro l' insonnio e non si avrebbe che in seguito ad allucinazioni.

Quanto al modo di decorrere di questo periodo, si può avere una serie di successioni e transizioni dallo stato depressivo semplice, al delirante, allo stuporoso o viceversa. Concludiamo che non vi ha alcun fenomeno caratteristico, molto meno poi patognomonico, per distinguere il periodo melanconico di un accesso circo-

lare da un accesso di melanconia psico-neurotica o periodica. Tuttavia si può dire al più che il decorso nella forma circolare si presenta oscillante e non bene sistematizzato nelle diverse modalità (depressione, delirio, stupore), fra le quali batte una via forse più anomala di quello che avvenga negli accessi classici di melanconia psico-neurotica o periodica. Secondo il Meyer la rarità delle allucinazioni sarebbe più propria della forma circolare che della melanconia, ma Falret e Meyer non ammettono questo dato come differenzialmente caratteristico.

Periodo d'esaltamento. — Il periodo d' esaltamento è più spesso successivo al periodo di depressione di quello che iniziale della pazzia circolare. Anch' esso si può presentare come semplice esaltamento maniaco, oppure con incoerenza e confusione, e finalmente come delirio di grandezza. È in quest' ultimo caso appunto che alcune volte si può confondere questa forma col periodo iniziale della demenza paralitica, tanto più che talvolta in quella si possono aver disturbi congestivi (disuguaglianza delle pupille, disordini nel linguaggio); questi però sono assai leggieri e fugaci nella forma circolare. Pel resto poi non vi ha mai in questa l'incoerenza assurda e demente dei paralitici. È alquanto strano il carattere differenziale che vorrebbe dar il Regis. Dice questi che in genere i circolari sono perfidi, impulsivi, mentre invece i paralitici sono buoni e compiacenti.

La forma più comune colla quale suole presentarsi la fase d'eccitamento nei circolari corrisponde, secondo gli autori, alla così detta mania ragionante. Non vi ha delirio; i malati divengono seccanti, mendaci, cambiano di abitudini, intraprendono cose per essi impossibili; sono frequenti gli atti cleptomani ed osceni. In questa fase si trova talvolta quel pervertimento che

il Westphal e il Tamassia descrissero sotto il nome di pervertimento sessuale contrario e che consiste nell'attrazione verso un individuo di simile sesso, ritenendo sè o l'altro di sesso diverso. Il Falret dice che un segno prezioso pel quale la diagnosi di pazzia circolare acquista grande probabilità, consiste nel fatto che i circolari durante la fase maniaca raccolgono quanto trovano (carta, sassi, paglia, stracci, sostanze alimentari) e ne riempiono alla rinfusa le tasche e non soffrono che altri li distorni da tale impresa. Non so se questo fatto abbia un' importanza caratteristica. Debbo però dire che in un caso di mia osservazione questo fatto io l'ho rinvenuto spiccatissimo: si trattava di una donna la quale durante la fase maniaca presentava delle vere montagne alle tasche ed al petto, che erano formate da tutto quanto, pulito o sporco, le capitava fra mano. In questa stessa donna esistevano idee erotiche spiccatissime, che si rivelavano con una vera soddisfazione nel dire oscenità in presenza dei medici. Altro fatto, non raro a trovarsi nei circolari durante questo periodo, è la bizzarria e la baroccaggine estrema unite insieme, colla quale i malati attendono alla loro toeletta. Le donne specialmente spiccano sopra il sesso maschile per questo fatto. Ricordo un'altra donna con accessi circolari assai brevi e spesso ripetuti la quale, durante la fase maniaca, era tutta felice se poteva mostrarsi con diverse acconciature nelle diverse ore della visita. Talvolta si metteva uno straccio di velo sui capelli per metà raccolti sul capo e per metà cadenti lungo le spalle, con un fiore legato alla loro estremità. Altra volta era un mazzo di fioracci con colori chiassosi che essa mettevasi sul petto molto scollato, quantunque molto magro ed angoloso. La deambulazione avea ricercatissima; camminava guardandosi per tutta la persona e tenendo

le sottane sollevate un po' da terra per non sporcarle (diceva) sul pavimento. Questa inferma mostravasi esageratamente invaghita di sè, che diceva bella, ricca, insuperabile per eleganza. La diminuzione di questo sentimento di sè stessa e delle sue velleità di pretesa eleganza preannunciavano sempre la fine del periodo di esaltamento e, poco tempo dopo, l' inferma entrava in un periodo di profondo abbattimento, nel quale lasciavasi vedere senza la menoma cura pel proprio abbigliamento.

In generale, la lunghezza e l'intensità di questo periodo sono proporzionali a quelle del periodo di depressione. Ciò vale segnatamente per gli accessi di breve durata. Negli accessi a lunga durata sembra che il periodo maniaco sia alquanto più breve del melanconico. Ma siccome sono molti i casi in cui si verifica precisamente il contrario, così non si può tener gran calcolo di questo argomento. Nel primo dei miei due casi che ho di volo accennato, il periodo depressivo era alquanto più lungo del maniaco.

In quest'ultimo periodo, che è sentito dagli infermi come un vero sollievo, talvolta come un ritorno alla vita, alla sovreccitazione psichica corrisponde esuberanza di vita organica. L' appetito è ottimo, l' apparecchio genitale in uno stato di eretismo. Abituale l'insonnio. Lo Stif, dice che se il peso dell'infermo rimane costante in questo periodo, non deve farsi parola di pazzia circolare. Il Meyer ha dato delle tavole che dimostrano costante diminuzione del peso del corpo durante la fase melanconica, aumento invece nella fase maniaca e nell' intervallo così detto lucido. Colpito, come già dicevo, da questo fatto, che avea creduto costante, il Meyer credè bene di chiamare la pazzia circolare una trofoneurosi cerebrale, nella quale i fenomeni irritativi centrali si manifestassero insieme con ecci-

tamento ed esuberanza di nutrizione, e quelli d'indebolimento nervoso con depressione e decadimento nutritivo. Dittmar, e con lui quasi tutti, ritengono che l'aumento o la diminuzione del peso non seguano alcuna regola a seconda dei periodi, ma che si presentino tanto nell'uno come nell'altro subordinati a diversi stati degli organi digestivi, alla possibilità diversa di dormire, ecc. Ripping crede poi che nelle due fasi il peso rimanga presso a poco uguale, e che anzi possa diminuire nella fase maniaca ed aumentare nella melanconica. Karrer ha potuto confermar ciò in diversi suoi casi; aggiunge poi che nel periodo maniaco si può aver l'aumento del peso quando l'agitazione è soltanto psichica, e la diminuzione quando quella è prevalentemente motoria.

Da tutto ciò appare come sia destituita di fondamento l'ipotesi che collega ad una sorgente medesima l'esaltamento psichico e l'aumento della nutrizione rilevantesi dal peso del corpo, tanto più che il peso non è sempre, secondo Voit, un esatto criterio per misurare lo stato della nutrizione.

Decorso. — Venendo ora al modo di esordire dell'accesso circolare, l'esordio più frequente si fa colla fase melanconica, ma non è detto però che le cose procedano sempre così. In ogni modo però, dice il Ritti, una volta cominciato colla fase melanconica o colla maniaca, è raro che l'esordio sia modificato negli accessi che seguiranno. Anche questa regola conta numerose eccezioni.

Nelle forme periodiche della pazzia circolare, il così detto intervallo lucido è ammesso, dice il Falret, come possibile fra i due periodi di un accesso. Ma molti altri autori ammettono che, se questo intervallo è lungo, noi non avremo più la forma circolare, ma piuttosto la pazzia periodica in forma alterna. L'in-

tervallo adunque nelle forme circolari, quando esiste, dovrebbe trovarsi fra due accessi e non fra due periodi. Tale passaggio fra l'uno e l' altro accesso però può esser brusco (farsi, per esempio, durante il sonno) e ciò negli accessi brevi; può essere invece lento e graduato (accessi lunghi), e può essere finalmente oscillante fra la fase depressiva e la melanconica; è questo l' intervallo che il Falret ha chiamato per *oscillazioni successive*, che non credo sia tanto raro come molti autori pretendono, e nel quale si possono far rientrare molti di quegli intervalli così detti lucidi descritti da diversi autori. L'intervallo non è sempre fra un accesso e l'altro ma può bensì trovarsi fra gruppi di accessi, i quali ultimi si succedono in modo continuo e dopo un certo numero di essi appare un intervallo.

Una forma periodica che descriverò per dimostrare quanto sia facile il rinvenire aberrazioni in questo campo, si ha nel primo caso da me ricordato, nel quale da circa 20 anni si hanno accessi composti di tre periodi, i quali costituiscono due distinte varietà.

1.ª *Varietà*. Periodo maniaco. — Periodo melanconico. — Periodo maniaco.

Fra gli accessi di questa prima varietà esistono intervalli lunghissimi. Questo caso è valevole per dimostrare come gli accessi circolari si possono presentare anche in modo non conforme al classico, massime per ciò che un accesso può cominciare e finire con un periodo della stessa natura.

L' accesso a tre periodi nell' inferma citata si è presentato due o tre volte colla varietà seguente, la quale si è alternata colla varietà di cui si è parlato sopra.

2.ª *Varietà*. Periodo melanconico. — Periodo maniaco. — Periodo melanconico.

Quando questa varietà accessuale si alterna colla prima, si ha un gruppo in cui l' intervallo è fra il periodo finale della prima e l' iniziale della seconda. Ciò, per chi ami ricavare sterili conseguenze, starebbe a provare che vi può essere un intervallo soltanto fra i periodi di un accesso e non fra gli accessi, in modo da aversi tre accessi secondo la forma classica, dei quali il secondo è diviso nei suoi due periodi da un intervallo; talchè, invece di avere tre accessi con due periodi se ne avrebbero due con tre periodi ciascuno. Però, per lo più, nel caso osservato, gli accessi si succedettero sempre secondo la prima varietà.

Trattandosi poi di un caso solo, non credo opportuno di abbandonarmi alla velleità di evocare un nome per designarlo. Ritengo piuttosto che sia molto facile per chi si diletti di chincaglieria tassonomica, trovare anomalie nella successione dei periodi, nelle intermittenze. Sopratutto quei famosi intervalli lucidi così detti oscillanti, guardati da vicino tante volte non sono altro che periodi di depressione o di esaltamento relativamente mediocri. È assai facile moltiplicare le forme con dei giochetti speciali di curve, di accessi aggruppati, isolati, composti, coll'ajuto dei quali Baillarger, uno dei creatori della pazzia circolare, arrivò a stabilire 5 o 6 forme di questa. Lo stabilire l' esistenza dell' intervallo lucido non è sempre una cosa agevole e bisogna averne molte prove. Per tutte queste forme che ammettono fra gli accessi, o fra due periodi, un intervallo, credo si possa benissimo adottare la denominazione del Ritti di *pazzia a doppia forma a tipo periodico*, sia poi questo regolare od irregolare, il che non è subordinato ad alcun fisso criterio.

Le forme *continue* o *circolari propriamente dette*, della *pazzia a doppia forma* sono quelle veramente che danno il nome di circolare alla psicosi in esame,

sono le più frequenti, le più gravi e basate sopra un fondo degenerativo sempre più manifesto.

Anche per la durata dell'accesso non vi ha una regola sempre costante e talvolta accessi lunghi si alternano con accessi corti. Però si possono osservare infermi che presentano soltanto accessi lunghi ed altri che ne hanno solo dei brevi (diurni, ebdomadarj, mensili). Generalmente nei primi la fase melanconica suole avere il predominio, nei secondi le due fasi sono presso a poco eguali.

La pazzia circolare, malattia degenerativa e più delle altre ereditaria, esordisce sovente fin dalla pubertà, ma vi sono numerose eccezioni. Il Ritti crede che non vi sia pazzia circolare oltre i 30 anni: alcuni casi di Karrer ed uno dei miei non confermano questa ipotesi.

La pazzia circolare, secondo gli autori francesi e secondo Karrer (fra i tedeschi), sarebbe più comune nella donna, ma le cifre date da Dittmar, Flemming, Kelp, Krafft-Ebing, parlerebbero per una prevalenza nel sesso maschile.

Il Ritti parla di due modi di esordire della pazzia circolare. Nel primo si avrebbero parecchi accessi melanconici e maniaci separati da intervalli così detti lucidi, molto tempo prima dell'accentuarsi della forma a tipo circolare. Nel secondo invece l'esordio sarebbe addirittura circolare. La prima di queste due varietà si confonde, anzi non si sa perchè debba tenersene distinta, colla *pazzia periodica a forme alterne,* i cui accessi si sono avvicinati di tanto da costituire un tipo circolare. Riguardo alla seconda di queste due varietà, essa può rappresentarci l'esordio di una melanconia periodica con una fase di reazione maniaca come talvolta avviene anche nella melanconia psiconeurotica, oppure, non essere altro che l'esordio di una

mania periodica con subentrante esaurimento in forma di melanconia e di stupore.

Come psiconeurosi è stata descritta specialmente dal Krafft-Ebing la mania acuta con esito in melanconia con stupore prima della guarigione. Il Mendel e tutti gli autori moderni ci descrivono la mania preceduta abitualmente da una fase melanconica. Dunque perchè non pensare che, invece di una pazzia circolare, forma a sè, non si abbia a che fare con una forma periodica di queste psiconeurosi (mania o melanconia) che talvolta, anche in un solo accesso, si manifestano con forma duplice? Ma se la pazzia circolare è una forma periodica, di quale entità morbosa rappresenterà essa la periodicità? Certamente di una forma che abbia il duplice aspetto che è ricordato periodicamente nella pazzia circolare. Ora, questa doppia forma psiconeurotica non esiste se non in quei casi sopraccennati di mania con subentrante melanconia o viceversa. Si è tentato parlare di accessi circolari verificatisi una o due volte nella vita d' un individuo, ma questi non possono in alcun modo (almeno non lo furono finora) esser distinti dalle modalità di mania o melanconia che talvolta si osservano sotto una doppia forma. Dunque, forse meglio che di *pazzia circolare*, si potrebbe parlare di *mania* o *melanconia periodica a doppia forma*. Si potrà obbjettare che la mania psiconeurotica con esito in stupore è una forma molto rara, ma si potrà rispondere che è anche più rara la pazzia circolare con tale aspetto. Ma, si potrà ancora osservare: se, come dicono il Mendel ed altri autori, l'accesso maniaco psiconeurotico è preceduto da un periodo melanconico, allora tutte le manie periodiche avranno forma circolare. Però è facile rispondere che vi è molta differenza fra un periodo di melanconia per lo più leggiero ed un accesso di melanconia, e che quello,

tanto nella mania che nella mania periodica, può passare inosservato; che fra le numerose varietà dell' accesso maniaco ve ne ha qualcuna in cui il prodromo melanconico si prolunga più del solito e si fa più intenso; ora, appunto questa forma anomala divenuta periodica potrebbe essere la mania periodica in forma circolare. Si osserverà che queste forme di mania isolata con lungo ed intenso prodromo melanconico sono rare, ma e non lo sono anche più le forme circolari? Dunque fra i periodici ed i circolari non vi sarebbe altra differenza se non che i primi presentarono fin da principio un accesso prettamente maniaco o melanconico, mentre nei secondi l'uno o l'altro fu sempre a forma mista. Si noti poi che, se nelle forme circolari il primo accesso non è identico ai successivi, ciò può dipendere dalle modificazioni stesse della periodicità, dello sviluppo, dell' età, ecc.

Con ragione il Krafft-Ebing colloca la pazzia circolare fra le periodiche in forma di psic(oneur)osi. Forse la si potrebbe far rientrare addirittura fra le modalità della mania o melanconia periodica, come fra le modalità psiconeurotiche della mania o melanconia figurano certe forme miste. Che se la pazzia circolare deve figurare come forma a sè fra le periodiche in forma di psic(oneur)osi, è necessario stabilire fra le psiconeurosi una forma circolare che non rientri nella mania o nella melanconia. Ma una tal forma, per ora, non figura fra le psiconeurosi, e credo sia cómpito ben difficile il farcela figurare. Dunque la pazzia circolare, che non trova il suo omologo psiconeurotico se non in speciali varietà di mania o melanconia, può essere una forma periodica di quelle tali varietà. Se poi si troverà che queste siano di per sè distinguibili per caratteri speciali, in modo tale da poterle chiamare pazzie circolari isolate, allora ammetterò la pazzia cir-

colare come forma periodica a sè, indipendente dalla mania o melanconia, perchè vi ha una forma isolata che la ricorda. Non credo che, per ora, si possa distinguere la pazzia circolare dalle forme periodiche delle comuni psiconeurosi. La denominazione adottata da Kirn di *psicosi ciclica*, riguardo alla forma circolare (che questo Autore mette fra le forme periodiche), è stata adottata nelle tabelle mandate di recente dal Governo ai manicomj per scopi statistici (classificazione del Verga). In queste però dentro il quadro della pazzia ciclica trovano razionalmente il loro posto le forme così dette circolari e le periodiche propriamente dette.

Esito, cause, patogenesi, cura, anatomia patologica.

Comunque sia, siccome questa pazzia circolare è stata argomento di molti pregiati lavori stranieri, sarà bene ricordare qualche cosa de' suoi esiti, della sua patogenesi ed anatomia patologica e della sua cura.

Riguardo all'esito, si considera la guarigione presso a poco impossibile, essendo una forma eminentemente degenerativa; e qui si ripete quanto deve dirsi per le pazzie periodiche comuni. Come esito finale non si ha quasi mai la demenza, ed in caso poi la demenza non è mai completa come nei psiconeurotici, ma sempre relativa. Anche qui nulla di diverso da quanto si ha in tutte le forme periodiche e degenerative in genere. Ma qualche volta la pazzia circolare si trasforma in una tipica pazzia periodica a forma schietta di mania o di melanconia, il che prova sempre più la stretta parentela che vi ha fra queste psicosi. Che, dietro tale trasformazione si possa avere la guarigione credo molto improbabile; vi sarà la probabilità di guarigione che vi ha in tutte le forme periodiche! Il fatto che Baillarger talvolta riuscì a trasformare il periodo maniaco

nel melanconico, mediante sottrazioni sanguigne, e ad ottenere successiva guarigione, non so quanto valore possa avere. La morte è un esito molto raro, a meno che gli infermi non soccombano ad impulsioni suicide durante una fase con delirio; si può qualche volta altresì verificare nel periodo maniaco sotto uno di quegli stati congestivi che ho detto potersi confondere con quelli della demenza paralitica.

Riguardo alla etiologia abbiam già detto che è una forma squisitamente ereditaria. Il Karrer pei suoi circolari del Manicomio di Erlangen, trovò l'eredità in proporzione del 20 per cento maggiore alla media dell' eredità di tutte le altre forme prese assieme. Fra le altre cause predisponenti abbiamo le acquisite, i traumi al capo e le neurosi, che non hanno importanza caratteristica e tipica per questa forma. Fra le cause occasionali figurano al solito le malattie interne, il puerperio, la sifilide, i patemi d' animo.

La patogenesi è coinvolta nell'oscurità come in molte altre psicosi. I tedeschi emisero in proposito diverse ipotesi. Il Meynert ha rivolto l'attenzione sui centri vasomotori del cervello, che le ricerche di Ludwig hanno dimostrato estendersi dai peduncoli cerebrali fino alla metà inferiore del bulbo. Secondo il Meynert l'anemia, in seguito a costrizione vasale, che si ha durante la fase melanconica, produrrebbe la paralisi vasomotoria e quindi l'afflusso di sangue al capo e la fase maniaca. L'irritazione prodotta da quest' ultimo stato darebbe luogo alla costrizione dei vasi, quindi alla melanconia e via dicendo. Evidentemente questa è un' ipotesi e non altro. Però di recente Scäfer (*Nevrolog. Centralbl.*, N. 8-11, 1882) avrebbe rinvenuto la prova clinica di questo processo negli stati opposti della tensione arteriosa nella mania e melanconia della pazzia circolare senza conoscere l' ipotesi di Meynert. Il Krafft-Ebing,

invece crede che i fenomeni vasomotori siano secondarj ed accessorj.

Dittmar crede ad un disturbo nel legame atomico dei tessuti. Secondo lui, una data causa, per esempio, l'edema cerebrale, può indurre un' alterazione nel rapporto molecolare, che si manifesta con uno stato di stupore o di melanconia. Il riassorbimento ritorna il tutto alla norma; subentra uno stimolo irritativo che mette in gioco le molecole e si ha la fase maniaca. Oh i giocherelli!

Dell' ipotesi di Meyer, il quale chiama la pazzia circolare una trofoneurosi, ho già parlato fin da principio.

Degna d' esser ricordata come cosa storica, quantunque trovi ancora alcuni che vi prestano fede, è l'ipotesi secondo la quale queste diverse fasi della pazzia circolare sono subordinate agli influssi lunari, agli eclissi, alle leggi dell'attrazione (Schweig, Friedreich, Schüle ed altri).

Cura. — Sembra che talvolta la china ed i suoi alcaloidi abbiano reso qualche servizio, somministrati durante un' intermittenza. Legrand du Saulle dice di avere con tal mezzo ottenuto un caso di guarigione. Il Krafft-Ebing ha avuto a lodarsi qualche volta del bromuro di potassio, delle injezioni d'oppio e di morfina. Col Toselli (questo *Archivio* settembre 1878) si potrà consigliare l' uso dell' ergotina, quando vi siano segni di iperemia cerebrale. Riguardo al cercare di ottenere la trasformazione della pazzia circolare in una psicosi semplice, ne ho già parlato. Pel resto poi si cercherà di obbedire a tutte le indicazioni sintomatiche dei diversi periodi. Si potrà ricorrere alle doccie, ai sedativi nel periodo maniaco, ai bagni solforosi, alle senapizzazioni, ai tonici nel melanconico. Più che mai

sarà necessario l' attendere alla buona nutrizione ed all' attenta sorveglianza (Ritti).

Pel riguardo alla medicina legale, va detto pei circolari quanto deve dirsi pei periodici. Entrambi, anche negli intervalli così detti lucidi, sono sempre invalidi, rimangono nel loro cervello le stigmate della degenerazione. Essi sono come i malarici (Krafft-Ebing) fra un accesso e l' altro di febbre.

Bibliografia della pazzia circolare

Bachelez. Étude sur une variété particulière de la folie héréditaire. *Thèse de Paris*, 1871.

Baillarger. Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'un de dépression et l'autre d'excitation, in *Bulletins de l'Acad. de médecine*, séance du 31 janvier 1854. t. XIX, p. 340.

— Réponse à Falret. Id. id. Séance du 14 février 1854, t. XIX, p. 401.

— De la folie à double forme. Lezione fatta alla Salpêtrière. (*Annales méd.-psych.*, 2.° série, t VI, 1854).

— De la folie à double forme. (*Annales méd.-psych.*, 6.° série, t. IV, 1880, p. 5).

Ball. Leçons sur la folie circulaire, in *France médicale*, n. du mercredi 21 avril 1880.

Billod. Des intervalles dits lucides chez les aliénés, in *Annales méd.-psych.*, 2.° série, t. IV, 1852, p. 364.

— Des diverses formes de lypémanie. Essai de classification et de seméiologie. (*Ann. méd. psych.*, 3.° série, t. II, 1856, p. 309).

Bonnet H. Observation de folie à double forme, stupidité intermittente, in *Arch. cliniques des maladies mentales et nerveuses*, t. II, 1862, p. 228.

Brierre de Boismont. Observation d'imbécillité avec accès réguliers de tristesse et de gaîté pendant un certain nombre d'années, in *Annales méd.-psych.*, 2.° série, t. IV, 1854, p. 144.

— De l'importance du délire des actes [pour le diagnostic mé-

dico-légal de la folie raisonnante, in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2.° série, t. XXVII, 1867.

Clouston T. S. Alternation, periodicity, and relapse in mental diseases. (*Edinburg med. Journal*, July, 1882).

Déhillotte. Étude sur la marche de la folie circulaire. *Thèse de Paris*, 1879.

Delaye. Étude sur la folie à formes alternes, in *Journ. de médecine de Toulouse*, 1860.

Dittmar. Ueber regulatorische und ueber cyclische Geistesstörungen, 1877.

Doutrebente. Note sur la folie à double forme; accès multiples se produisant à des intervalles inégaux et souvent très longs, in *Annales méd.-psychol.*, 8.° série, t. VII, 1882, p. 193.

Emmerich Rudolf. Ueber cyklische Seelensstörungen, in *Schmidt's Med. Jahrb.* Bd. 190, Hft. 2, s. 193-220, 1881.

Fabre. Étude sur la marche de la paralysie générale. Folie paralytique circulaire. (*Ann. méd.-psychol.*, 5.° s., t. XI, 1874).

Falret. J. P. Leçons clyniques de médecine mentale, faites à la Salpêtrière. 1.° partie. Symptomatologie générale des maladies mentales. Paris, 1854.

— Mémoire sur la folie circulaire, in *Bulletins de l'Acad. de médecine*, séance du 14 février 1854, t. XIX, p. 382, ed in *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, 1864, p. 456.

Falret Jules. De la folie raisonnante ou folie morale. Discorso pronunciato nella Società medico-psicologica, nella seduta 8 gennajo 1866. (*Annales méd.-psychol.* 4.° série, t. VII, 1865).

— De la folie raisonnante ou folie morale. Risposta à M. Delasiauve. (*Annales méd.-psych.*, 4.° série, t. IX, 1867).

— La folie circulaire ou folie à formes alternes. (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1878, janvier 1879).

Foville Ach. fils. Art. Folie à double forme, in *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratique*, t. XV, p. 921, Paris 1872.

Geoffroy. De la folie à double forme. *Thèse de Paris*, 1861.

Gérard H. S. De la marche circulaire de la folie. *Thèse de Montpellier*, 1880.

Girard de Cailleux. Rapport méd.-judic. sur un cas de folie circulaire (*Ann. méd.-psych.* 3.° série, t VI, 1880).

Karrer Ferd. Bemerkungen zür circulären Geistesstörungen. (*Allgem. Zeitschrift f. Psych.*, 1881, p. 691).

Kirn Ludwig. Die periodischen Psychosen. Eine Klinische Abhandlung. Stuttgart, 1876.

Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. Zweite Auflage. Stuttgart, 1883.

Laffitte. Observation de paralysie générale à double forme. (*Annales méd.-psych.*, 6.ª série, t. VII, 1882).

Legrand du Saulle. Folie à double forme, guérison par le sulphate de quinine. (*Annales méd.-psych.*, 3.ª série, t. I, 1855).

Lunier. Observation de folie à double forme intermittente. (*Archives clin. des maladies mentales et nerv.*, t. I, p. 267, 1861).

Luys. Traité clinique et pratique des maladies mentales. Paris, 1881.

Marcé L. V. Traité pratique des maladies mentales. Paris, 1862.

Meyer. Ueber circuläre Geisteskrankheiten (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, 1874)

Muller Franz. Ein seltener Fall von Interferenz von « circulairem Irresein » bei Tabes dorsalis. (*Centralbl. Nervenheil.*, *Psych.* ecc., febbrajo 1880).

Regis E. Observation de folie à double forme continue. (*Annal. méd.-psych.*, 6.ª série, t. IV, 1880).

— Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale progressive (Encéphale, 1881, p. 684).

Ritti Ant. Art. Folie à double forme. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4.ª sèrie, t III, p. 321, Paris, 1879).

— De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme. (*Annales méd.-psychol.*, 6.ª série, t. VIII, juillet, 1882).

— Traité clinique de la folie à double forme (folie circulaire, délire à formes alternes). Paris, 1883.

Schäfer. Ein Fall von circulärer Geistesstörung. Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen. (*Nevrologisches Centralblatt*, 1882.

Verron. Observation de folie à double forme avec ralentissement remarquable de la circulation pendant la période de dépression. (*Arch. clinique des maladies mentales et nerveuses*, t. I, 1861, p. 5).

FEBRE GASTRICA, ACCESSI EPILETTICI; MORTE RAPIDA - CONGESTIONE ENCEFALICA; TUMORETTI ADIPOSI SULLE EMINENZE TESTES; UN VECCHIO SOSPETTO. — *Lettera aperta del prof.* A. VERGA *al sig. prof.* C. Golgi.

Traggo dalle mie annotazioni un caso alquanto vecchio, e mi facio a raccontarlo senza cerimonie, parendomi che possa ancora riescire di qualche interesse, specialmente per certo considerazioni alle quali apre la via.

Cherubina M......., nata a Castelletto e domiciliata ad Abbiategrasso, contadina, d'anni 24, nubile, entrò il 18 d'aprile del 1866 per *febre verminosa* nella Sala *Fosso*, ora *Bianca Maria*, dell'Ospitale maggiore di Milano, ed il giorno dopo venne per *pellagra* ed *epilessia* trasportata fra le deliranti dello stesso Ospitale.

In seguito ad accurate indagini si venne a sapere che Cherubina godette sempre di eccellente salute, quando non si voglia dar peso a qualche accesso di *febre intermittente*, frutto delle località nelle quali era cresciuta. Nessuna alterazione essa non offerse mai nè nella sensibilità, nè nella vista, nè nella guardatura, nè nel movimento degli arti, nè nelle facoltà intellettuali. Allorchè ultimamente il medico condotto accorse a prestarle i suoi servigi, la trovò sotto gravissima indigestione, prodotta da una scorpacciata di riso e fagioli, cui la giovane si era abbandonata dopo un lungo lavoro alla campagna. Le prese subito una febre violenta con accessi epilettici frequentissimi; male cui anche i parenti attestano che essa non andò mai soggetta. Il medico, sospettando di colluvie verminosa, le diede degli an-

telmintici, e fece passare in realtà una quantità grande pi vermi; ma poi, visto che non ne era venuto alcun sollievo, inviò l'ammalata all'Ospitale maggiore di Milano. Vuolsi da taluno che questa giovane, per essersi inoltrata in una relazione amorosa, temesse di essere incinta, e che i suoi malanni sieno stati una conseguenza dei mezzi che adoperò per allontanare da sè e dagli altri il dubio della gravidanza.

Nel Comparto delle deliranti ove, come dissi, fu accolta per *pellagra* ed *epilessia*, Cherubina restò quasi sempre a letto con febre. Avea li occhi lucenti e le pupille ristrette e immobili. Li insulti d' epilessia ricorrevano frequentissimi, e talvolta finivano in sopore o in balordaggine più o meno prolungata, altre volte in delirio anche clamoroso. Rari furono i giorni in cui essa sia rimasta libera da accessi e abbia potuto dirsi *compos sui*.

Le furono prima applicate dodici sanguisughe dietro li orecchi; poi fu largamente trattata con tartaro stibiato, che non produsse altro effetto che delle scariche alvine abondanti. Più tardi si ricorse anche a dosi rifratte di acetato di morfina. Ma tutto fu inutile.

Il 12 del mese successivo, cioè del maggio, Cherubina fu còlta da un accesso epilettico gravissimo, al quale tennero dietro moti coreici del lato sinistro della persona. Seguirono: delirio, sudori profusi, coma; e nel 18 dello stesso mese, a malgrado di un altro sanguisugio mastoideo e di replicati vescicanti, la morte.

Alla sezione che fu eseguita 36 ore dopo la morte, si vide un organismo molto emaciato.

La giovane non aveva mai offerto durante la malatia alcun sintomo di petto, e infatti nulla di abnorme si rinvenne nella cavità toracica. Anche nella cavità del ventre, che esaminai con qualche accuratezza, non si trovò che il fegato iperemico, con bile densa e

nerastra nella sua cistide, la milza di consistenza epatica, qualche chiazza d'injezione ecchimosata sulla mucosa del ventricolo, e delle ghiandolette solitarie ipertrofiche verso la fine dell'ileo; la vescica distesa da limpida urina. Non un ascaride; un solo tricocefalo nel cieco. La bocca dell'utero è ingombra di mucosità giallognola filante e il suo labro anteriore è alquanto abraso. Le ovaje sono turgide, liscie, di un bianco screziato di nero; sotto l'albuginea si vede un tessuto rossigno, ricco di vescicole del Graaf.

Naturalmente le mie ricerche si volsero con maggiore attenzione e con più vive speranze alla cavità del cranio. Trattavasi di una giovane che, in poco più di un mese, da una serie di accessi epilettici, seguiti sempre o da sbalordimento o da delirio, era stata precipitata alla tomba; d'una giovane che era stata anche giudicata *pellagrosa.*

La calotta è eburnea, grossetta, pesante. La duramadre, che è alquanto injettata, aderisce notabilmente alla calotta, massime lungo le suture coronale, sagittale e lambdoidea. Nel gran seno longitudinale trovasi un filo fibrinoso. Anche nei seni laterali vi hanno grumi di sangue, in parte fibrinosi. Ecchimosi subaracnoidee sulla superficie convessa degli emisferi. I tronchi vascolari che formano il circolo del Willis, sono poco sviluppati, e il sangue che contengono imparte loro un colore azzurrognolo. La pia-madre è finamente injettata e sebbene non formi coll' aracnoide uno strato molto grosso nè resistente, si svolge con una certa facilità dalle pieghe cerebrali. *Non è così al cervelletto, ove la pia-madre trae seco un po' di sostanza corticale ammollita.* Non trovo regolari le pieghe frontali interna e media, nè ben disegnate le pieghe parietali ascendenti. La sostanza cinerea ha un colore piuttosto saturo. Anche nella sostanza bianca del centro ovale

di Vieussens si osserva una punteggiatura rossa minuta. *La sostanza gialla che forma il corpo romboidale del cervelletto ha pure un colore intenso.* Non appajono le strie acustiche. Molto salienti e consistenti sono le olive, e nel centro del loro corpo dentato vi ha un grosso vaso. Aprendo i ventricoli laterali si trovano delle grosse idatidi lungo i plessi coroidei : esile e mollissima è la trabecola cinerea; bene scolpite le tenie semicircolari dell'Haller; *injettati i corni d'Ammone all' estremità grossa e anche un po' ammolliti.* L' injezione della dura-madre, le ecchimosi subaracnoidee, l'ammollimento dei corni d' Ammone, tutto è più pronunciato nella metà sinistra del cranio.

Ma una curiosissima alterazione mi attendeva alle eminenze bigemine. Le posteriori, dette anche *testes*, sono appiattite e come atrofiche, essendo ridotte a circa la metà del loro volume ordinario. La pia-madre è assai aderente alla loro superficie e carica d' un tessuto giallo-ranciato, che ha tutti i caratteri dell'adipe e che si divide come in tre gomitoli o tumoretti. Il maggiore, del volume e della forma d'una piccola avellana, sorge dietro l'eminenza *testes* destra; un secondo. pari in volume a un chicco di maide, si addossa all'eminenza *testes* sinistra; il più piccolo, del volume e della forma d'un pisello, sta all' esterno di questa stessa eminenza *testes* sinistra. Il tumoretto maggiore è di colore giallognolo sporco; li altri due d'un color giallo più netto. Il nervo patetico destro attraversa il tumoretto più grosso; il sinistro, li altri due minori. Ognuno d' essi è circondato da una sottile capsula che all'esame macroscopico e microscopico dell'amico dott Visconti Achille, dissettore dell'Ospitale, apparve costituita di tessuto connettivo e che nella parte che aderiva alla sostanza cerebrale era assai stipata e resistente. Spaccato trasversalmente il tumoretto più grosso,

offerse una sezione liscia, leggiermente umettata, di color gialliccio, con due piccolissime striscie nerastre, e verso il centro un piccolo punto bianchiccio. Col microscopio si potè vedere, in mezzo a uno stroma di tessuto connettivo, i cui nuclei spiccarono per l'aggiunta di acido acetico, 1.° delle cellule adipose grandi, rifrangenti la luce, nella maggior parte delle quali, per non dire in tutte, apparivano rosette di cristalli aghiformi di margarina: queste cellule costituivano la massima parte della produzione morbosa; 2.° dei corpuscoli di tessuto connettivo in parte infiltrati di adipe e che stavano per mutarsi in cellule adipose; 3.° delle gocciole d'adipe libero ed alcune rosette aghiformi di margarina parimente libera. Le piccole *striscie nerastre* erano fatte da due piccolissimi vasi arteriosi contenenti sangue alterato, messi allo scoperto per il loro asse; e il *punto centrale bianchiccio*, da tessuto connettivo. Analoga costituzione istologica offrirono li altri due tumoretti minori. Erano dunque tutti e tre veri *lipomi*.

Io ho voluto descrivere minutamente questa particolarità della sezione, perchè i lipomi della pia-madre sono rarissimi. Wallman riscontrò un lipoma della grandezza d' una fava ad un plesso coroideo (1). Il dott. Sangalli trovò al lato sinistro del ponte di Varolio d'un ragazzo, un picoolo rilievo di color gialliccio, che constatò al microscopio essere di natura lipomatosa (2).

Ecco quanto io potei raccogliere da tutta la letteratura medica sui lipomi delle meningi e dell' encefalo.

Ma se i lipomi in genere nella cavità del cranio sono rari, credo sia unico questo caso di tre piccoli lipomi

(1) *Virchow Arch.* Vol. XIV, pag. 385.

(2) *Storia clinica ed anatomica dei tumori.* Vol. II, p. 248.

addossati alle eminenze *testes* in modo da appiattirle e ridurle alla metà circa del loro volume, impigliando anche i nervi patetici alla loro origine, senza produrre valutabile alterazione nè nella vista nè nel movimento degli occhi. Di ciò per altro non mi meraviglio, perchè ricordo il canone ippocratico, che ciò che si forma a poco a poco nel nostro organismo si forma impunemente, e so che Hammond recentemente affermò potere un tumore nella cavità del cranio crescere fino al volume d'una melarancia senza cagionare disturbi apprezzabili

Tornando alla nostra ammalata, la sezione cadaverica pose, mi pare, fuor di dubio che essa soccombette a una meningo-encefalite, la quale, iniziatasi colle apparenze d'una semplice indigestione, si sviluppò coi sintomi caratteristici delle convulsioni, del delirio e del coma; e se le convulsioni epilettiformi furono il sintomo predominante e colpirono per la forza e la frequenza loro, ciò avvenne probabilmente per avere la flogosi attaccati presto i corni d'Ammone. Perocchè da lungo tempo io mi sono accorto, che la epilessia è non di rado legata ad una lesione dei corni d'Ammone. L'ottimo mio amico e collega dott. Brocca che mi coadjuvò nelle mie autopsie e quanti onorarono di loro intervento le mie Conferenze, possono fare di ciò ampia testimonianza.

Ma quello che io ho particolarmente notato in questa sezione e su cui intendo fissare l'attenzione dei miei colleghi, è *l'ammollimento superficiale del cervelletto e il colore intenso della sostanza gialla che forma il suo corpo romboidale*. Questo reperto anatomico in una donna che fu giudicata affetta da *pellagra*, conferma in me un vecchio sospetto che la pellagra, sulla cui condizione patologica non sono ancora i clinici perfettamente d'accordo, sia originata o per

lo meno complicata spesso da una lenta affezione del cervelletto.

Dico che è un sospetto vecchio, perchè fin dal 1853, quando io sostenni essere la pellagra un'affezione dei centri nervosi (1), non esclusi la partecipazione del cervelletto, e dissi che i contadini, essendo gente che non esercita molto il cervello e che invece nei duri lavori della campagna tiene lungamente esposti alla sferza del sole la spina e l'occipite, devono particolarmente patire della spina e del cervelletto, e ricordai che i pellagrosi presentano più spesso dei rammollimenti nel cervelletto che nel cervello.

È un sospetto vecchio, perchè una grande parte dei sintomi della pellagra, come l'ambliopia, l'andatura barcollante, le retrazioni del corpo e della spina, i granchi, la rigidità, le convulsioni di alcuni muscoli, il rattrappimento, il marasmo, ecc., non si possono spiegare sufficientemente che supponendo in qualche maniera compromesso quell'organo a cui la fisiologia attribuisce un'azione coordinatrice dei movimenti muscolari, sì consci che inconsci, sì della vita animale che della vita organica.

Spetta a chi studierà più accuratamente, massime coll'ajuto del microscopio, la costituzione del cervelletto, tanto nello stato sano quanto nelle diverse sue malatie, il chiarire questo sospetto che, per quanto sia logico, fa stupire anche me che non sia mai caduto in mente a nessuno. Intanto l'ipotesi che un'affezione del cervelletto sia la causa o altra delle cause della pellagra, viene opportunissima a giustificare il lamento oggi universale tra i filantropi e li statisti italiani, che ad onta di tanti volumi scritti su questo argomento

(1) *Che cosa sia e a qual ordine nosologico debba ascriversi la pellagra. — Appendice psichiatrica*, 1853.

la forma clinica della pellagra non sia ancora nettamente definita, che varie alterazioni organiche possano assumere la maschera di questa malatia nei varj suoi stadj, e che perciò s' incontrino ancora tante difficoltà così nel raccogliere le cifre statistiche ad essa relative, come nello stabilire la cura che più le conviene.

I casi di pellagra più o meno conclamati nei quali io riscontrai alterazioni macroscopiche del cervelletto sono ancora troppo pochi, perchè io abbia il coraggio di annunziar altro che un semplice sospetto, benchè vecchio e tenace; molto meno io vorrò occuparmi della questione se simili casi meritino il nome di vera *pellagra* o quello di *pseudo-pellagra*, come si ama adesso di chiamare i casi che non obediscono alle nostre preconcezioni. Io qui dico soltanto che le alterazioni minute, quelle che soltanto il microscopio mette in rilievo, potrebbero essere molto più numerose e significanti delle macroscopiche, e che la gravità e misteriosità dell'argomento deve impegnare chi può a imprenderne la ricerca.

È per questo che a Lei, così valente istologo e microscopista, a Lei che illustrò già tanto la fina costituzione normale dei centri nervosi, io mi presi la libertà d' indirizzare queste poche righe.

Il suo devotissimo
Dott. A. Verga.

ESTASI ED IPNOSI. — *Caso del dott.* ANTONIO TARCHINI-BONFANTI

« *Il faut simplement prier ceux qui doutent,*
« *de se donner la peine de voir et d'étudier.* »
HENRI DE PARVILLE.

Sono troppo note le discussioni, le polemiche, le scaramuccie, le battaglie campali, che per poco non ci

tornarono al tempo dei Piagnoni e degli Arrabbiati, le quali anche fra noi si combatterono intorno al magnetismo animale. I medici che ora son giovani, non vi assistettero, perchè quando essi aprirono gli occhi alla scienza sembrava fosse desso strozzato e sepolto. Ma il tempo è galantuomo, ed in questi ultimi anni avvenne un risveglio sì vigoroso, da farlo entrare col nuovo nome d'ipnotismo nel tempio della scienza per la porta maggiore; sicchè a nessuno è ormai permesso il dubitare della sua esistenza. Il gran problema pertanto sta ora nel determinare se i suoi fenomeni vadano oltre il punto che ora è più generalmente accettato dietro gli studj odierni, e fin dove vadano.

Il prof. Lombroso poco tempo fa non si peritò di slanciarsi risolutamente nell'argomento, e con quel coraggio che lo distingue, annunziare la sua fede nei fenomeni i più spiccati ed i più meravigliosi dell'ipnotismo.

In quanto a me incominciai dall'incredulità, da quella incredulità caparbia che la più gran parte degli scienziati, specialmente nel torno di tempo degli anni 1840, al 1860, professavano, al punto da sdegnare perfino di studiare l'argomento. E ciò per quel vieto ma pur sempre vivo sentimento che spinge a ributtare quanto non si può intendere; dimenticando che se sono note le leggi onde si regolano i più grandi, i più fondamentali, i più costanti, i più avverati fenomeni mondiali, la loro essenza sfugge all'umana ragione.

Se non che alcuni fatti cui ho assistito mi persuasero a riflettere; sopra tutto una seduta magnetica che ebbe luogo una sera di settembre del 1851, in seno alla Società d'incoraggiamento di Scienze, Lettere ed Arti di Milano: perchè essa offriva le salde guarentigie della verità di quanto era per avvenirvi. Infatti una Commissione scelta fra i membri della Società stessa

e composta di Cesare Cantù, dei dottori Angelo Dubini, Luigi Marchetti e del Conte Francesco Pertusati, aveva avuto l' incarico di predisporre ogni cosa in modo da accertare non potervi intervenire ciurmeria di sorta, e di sorvegliare da vicino gli esperimenti. Presiedeva il dott. Pogliaghi; l' ingegnere Francesco Brioschi, ora Senatore del Regno, Carlo Tenca che fu per tante legislature Deputato, ed io eravamo i segretarj.

I soli membri della Società erano presenti; magnetizzatore e sonnambula estranei alla Società stessa. Il verbale della seduta fu reso pubblico nella *Gazzetta Medica Italiana*, T. 1, Serie 3, N. 32.

Le cose ivi avvenute furono tali e talmente avverate che mi scossi dalla mia cieca incredulità, e determinai pormi allo studio di questo magnetismo per avere un' opinione mia propria e fondata sui fatti. Ed eccomi così sulla via di Damasco.

Ma invece della superna apostrofe, *Saule, Saule, cur me persequeris*? sapete che cosa vi incontrai? Un drappello di personaggi dall' aspetto venerabile, fra i quali potei discernere Van-Helmont, Hufeland, Frank, Jussieu, Cuvier, Orfila, Rostan, Georget, insieme a moltissimi altri non meno di essi illustri. Di quanto rispetto rimanessi conquiso a quella vista ben potete figurarvelo: ma la mia maraviglia si fece a mille doppj maggiore e quasi fui compreso da terrore, allorchè uno di essi con piglio benevolo sì, ma improntato di tutta quella autorità che ognuno a loro riconosce, mi disse: E chi sei tu, o scettico, che dubiti di quei fatti che noi stessi vedemmo, cui noi stessi prestammo fede, e che abbiamo consegnato nei nostri libri non tanto facilmente perituri? Studia, indaga come abbiamo fatto noi, e tu pure crederai ai fatti, quantunque l'intima loro natura sia per isfuggire alla tua corta in-

telligenza, come sfuggì alla nostra ben della tua più grande.

Si dileguarono; e qual io mi rimanessi non saprei descriverlo. Solamente che invece di restare accecato come quel Saulo, che fu poi il gran Paolo, i miei occhi si apersero alla verità.

Il saggio consiglio fruttificò. Mi diedi a studiare. Innanzi tutto non fui poco umiliato in causa della mia ignoranza, quando appresi che fino dal 1825 l'Accademia di Medicina di Parigi aveva eletto una Commissione, che studiasse il magnetismo animale, e riferisse. Dopo cinque anni di studio e di esperimenti quella Commissione fece una Relazione, pienamente ammettendo l' esistenza del magnetismo e de' suoi fenomeni i più meravigliosi. Altre molte cose ignorate dagli scettici oppositori, appresi.

Datomi poi in cerca di sonnambule, ne trovai, ed operai per anni e anni da me solo, nel silenzio del mio gabinetto, od alla presenza di qualche persona amica, senza mettermi in mostra, senza dare spettacolo: e la mia conversione si operò. Si operò, ma non al punto da accettare per vero e per provato, tutto quanto intorno al magnetismo animale fu detto e scritto.

Ed ora che anche troppo ho parlato di me, eccomi ad esporre uno dei casi in cui mi incontrai, e cioè un caso di estasi spontanea ed ipnotica.

Era l' anno 1853, e la signorina L. C. ne aveva 17. Apparteneva essa ad una agiata famiglia milanese, composta del padre in allora in età di 42 anni, della madre, di due fratelli, e di due sorelle della L. C. Meno quest' ultima, erano tutte belle persone, ben fatte, d' aspetto sano quantunque covasse in esse il germe tubercolare, di mente aperta, d' intelletto pronto, di fina e distinta educazione.

È da notare che la madre durante la gravidanza della

L. era stata côlta da gravi spaventi e da dolorose emozioni, specialmente perchè la madre del marito, epperò nonna della L., impazzò, sicchè dovette essere poi rinchiusa per demenza nel privato Manicomio che ho ora l' onore di dirigere, ove morì nel 1854.

La povera L. C., lungi dal dividere le doti delle sorelle e dei fratelli, era invece preda della rachitide e della scrofola. Piccola, non bene conformata, un po' sbilenca; il destro occhio sempre lagrimoso, ed un po' più piccolo dell' altro, la fisonomia senz' anima; al solo vederla si comprendeva che il suo intelletto non aveva avuto il normale sviluppo. Era una povera semi-imbecille. E come ciò non bastasse, era affetta da epilessia fino dalla sua prima età. Fu a tempo debito e poi regolarmente salutata dai tributi mensili. Bene inteso che era celibe.

Parlava abbastanza chiaramente; ma le sue idee erano appena rudimentali, al pari di quelle che sole poteva comprendere. La memoria era in lei ben poca: talora nulla. A forza di insegnarglielo era giunta ad impararo a leggere, ma stentatamente: e quel poco affatto materialmente, quasi senza comprendere quanto leggeva. Nè più avanzata era nello scrivere: a stento e malamente copiava, o scriveva qualche parola; ma era inetta a riprodurre di suo capo colla scrittura una qualche idea.

Nel lavoro donnesco non era più felice: quello coll' uncinetto era l' unico che sapeva fare; ma nessun altro, neppure le calze.

Sul quadrante di un oriuolo non sapeva comprendere quante ore segnassero le lancette. Nè aveva idea del tempo, l' jeri era per lei come un anno prima. Non sapeva parlar l' italiano, ma solo il dialetto milanese.

Nessuno si maraviglierà che questo povero essere non si desse nessun pensiero dello stato gravissimo del padre, pel quale la famiglia, i parenti e gli amici erano in una vera desolazione. E quel giorno, che fu l' ultimo per lui,

sette ore prima ch' egli spirasse, essendo giorno festivo, non comprendendo ella l' ansietà ed il dolore che la circondavano, si era fitta in capo d' esser condotta ad udire la banda che suonava ai giardini publici; e pel diniego oppostole fece una scenaccia.

Intanto l' ora fatale del povero padre era imminente. Io in qualità d' amicissimo della famiglia, mi trovavo al suo letto insieme alla moglie, ai figli, ai parenti: quando fui premurosamente chiamato fuori perchè la L. *stava male*, e la credevano presa da uno dei suoi accessi epilettici, diverso però dai consueti. Accorsi tosto; e pensi ognuno di quanta meraviglia io rimanessi compreso, al vederla sopra un sofà, ove l' avevano fatta sedere, non già epilettica, ma udendola invece indirizzare le cose più delicate, più poetiche al padre che si figurava già fosse in cielo; con tutto il fervore dirgli che presto l' avrebbe ella raggiunto; che non togliesse da lei il suo sguardo amoroso e protettore; e tante altre cose simili. La sua voce era debole, le frasi le più adatte, parlando il dialetto milanese, gli occhi rivolti al cielo; ed accompagnando le parole con gesti pacati, che rispondevano al senso delle parole.

Mi trovavo solo presso di lei con una cameriera, tutti gli altri essendo intorno al letto del caro morente. La mia perplessità non era eguale che alla mia meraviglia. Tentai coi mezzi ordinarj di destarla, e toglierla a quell' estasi: ma indarno. Mi balenò allora il pensiero di magnetizzarla per vedere che cosa sarebbe per accadere, e (se vi riescissi) cercare di destarla poi.

Mi misi all' opra colle *passate* ed in breve vidi i suoi occhi chiudersi, le braccia rimaner calme, la voce affievolirsi, cessare il parlare. Oltre a ciò, una certa resistenza nelle articolazioni mi persuase averle indotto il sonno magnetico; dal quale facilmente potei svegliarla mercè il soffio. Tale fu la prima estasi, e la prima magnetizzazione di quella povera infelice.

Durante siffatta scena che fu lunga, quantunque da me qui descritta con pochi tratti, la morte aveva compita l'opera sua. Parte della desolata famiglia, fra cui la L. passò qualche giorno presso dei parenti, la cui casa ha un' ampio terrazzo che riesce sul canale interno: la L. vi rimase a lungo.

Avendola veduta tanto sensibile all'ipnotismo, i parenti mi pregarono di continuare colle magnetizzazioni, nella speranza potessero riescirle utili contro l' epilessia. Io acondiscesi, non tanto per tale speranza, quanto allo scopo di studio, e vedere quali fenomeni fossero per prodursi.

Ad ogni seduta magnetica quell' estasi si rinnovava nella sua delicata sublimità, e presso a poco nei termini medesimi. Di più la L. diceva che si sentiva salire al cielo; poi d' aver freddo, a causa dell' attraversare le nubi durante il tragitto; poi giungeva in paradiso ove vedeva il nonno (morto da poco tempo) ed il padre, ed in mezzo a loro il Signore. Allora si volgeva alla madre rimasta in terra, e le diceva: Mamma non piangere, il babbo non ci abbandona; vedi il bel mazzo di fiori che ti invia; e guarda un po' che una cosa vi è nel mezzo; non vedi? è il tuo ritratto. E continuava così, e con altre delicatezze e teneri sentimenti finchè non la si svegliasse col soffio. Allora non le rimaneva memoria di quanto aveva detto o fatto nel sonno ipnotico.

Dopo quella prima volta l' estasi non si manifestò più spontaneamente, ma sempre sotto le mie *passate* magnetiche, ed ogni qualvolta io gliele facessi. Se non che in progresso di tempo quando nell' estasi ipnotica anelava ad essere assunta in cielo col padre, cominciò a buttarsi boccone in terra, a fare la pantomima, e mostrare l'ansia di chi nell' acqua è in procinto di affogare. Ed anche questa scena cessava, togliendola col soffio allo stato ipnotico. Ciò si ripetè più d' una volta, finchè un bel giorno trovandosi

in quella condizione, non contenta della pantomima, prese di botto la corsa attraverso l'ampio terrazzo, nello scopo evidente di buttarsi nel canale sottoposto, quasi che colla pronta morte volesse attuare la agognata riunione al padre. Fortunatamente ne fu trattenuta in tempo.

Da quel giorno dichiarai che non avrei più indotto il sonno magnetico nella L.; e fu ciò trovato ragionevole dai parenti che erano sempre stati presenti alle magnetizzazioni, ed a quest' ultima scena.

Ma che si diede ella a fare? Si metteva sopra un sofà, si faceva da sè le *passate*, e così cadeva in quello stato nel quale tanto amava trovarsi, e che, io, dopo quel tentativo di suicidio, intendevo le fosse interdetto pel timore di quanto ella potesse fare. Per isvegliarsi univa per lo lungo le due mani distese, ma un po' concave, in modo che i due mignoli combaciassero col loro margine esterno, e le palme fossero rivolte verso lei all' altezza del viso; vi soffiava sopra, e separando tosto le mani e traendole fortemente verso di sè, si investiva la faccia e il petto di quel suo soffio; e così si svegliava. Oppure ciò otteneva col pigliare un catino pieno d' acqua fredda, immergervi le mani e poi aspergersene capo e corpo.

I parenti presso i quali si trovava la impedivano di far ciò, timorosi sempre di quanto potesse avvenire; ed ella di nascosto si conduceva in una camera appartata, e si abbandonava al suo prediletto maneggio, sempre facendosi ipnotica ed estatica. Ma la severa sorveglianza finì a poco a poco a distoglierla da tal pratica, che abbandonò affatto; e la poveretta tornò nelle sue condizioni di prima dell' estasi.

In quanto all' epilessia, gli accessi avevano assunto la forma catalettica, la quale durò anche dopo cessate le magnetizzazioni: venivano spontaneamente, e spontaneamente cessavano, colla frequenza medesima di quando erano sotto altra forma.

Avrei qualche altra cosa da aggiungere circa i fenomeni presentati da questa ipnosi: ma ancora non è tempo.

La poveretta senza cambiamento sensibile nel suo essere finì a soccombere alla tubercolosi polmonare nel 1857: come poi fatalmente vi soccombettero anche due sorelle ed un fratello.

L' auto-magnetizzazione era un valido argomento per negare l' esistenza del magnetismo, come quella che era doppiamente incomprensibile: ed è troppo naturale che chi negava questo dovesse *a fortiori* negare quella.

Ma dacchè il nome di magnetismo si è cangiato in quello di ipnotismo; e dacchè è ammesso che a produrre questo basti fissare per alcuni minuti un oggetto luminoso, come sarebbe un diamante, e chi sventuratamente non possiede un diamante può supplirvi col metodo più semplice e democratico di fissare la punta del proprio naso; è troppo evidente che l' ipnotismo nasce anche indipendentemente dall' azione altrui, epperò nessuno potrà negare l' auto-ipnotismo indotto per volontà dell' individuo (1).

Io non mi dilungherò a far rilevare l' importanza del fatto da me esposto colla più scrupolosa verità; quell' importanza è tale che di per sè salta agli occhi di ognuno nei suoi varj aspetti. L' estasi spontanea, l' estasi ipnotica, i sentimenti i più delicati e sublimi in una povera imbecille, l' aspirazione di riunirsi al padre, anche prima che ne conoscesse la fine, spinta poi fino al tentativo di suicidio, l' essersi l' estasi sponta-

(1) Il defunto dott. L. fino da quell' epoca nella quale non era ancora stata fatta parola d' ipnotismo, si magnetizzava fissando cogli occhi la sua immagine riflessa da uno specchio: e quando lo narrava i più benevoli lo trattavano da visionario.

neamente manifestata una sola volta, l'auto-ipnotismo; sono tutti fenomeni che considerati ciascuno separatamente fermano di certo l' attenzione dello scienziato: considerati poi nel loro insieme formano un caso di sommo interesse, ed ardirei dire meraviglioso.

Sono ben lontano dal presumere di saper dare una spiegazione dei fenomeni ipnotici: ci vogliono altre spalle che le mie per reggere ad un tal peso, dato anche che le indagini in proposito sieno oggi portate a tanto da legittimare una tale spiegazione. Ma col solo lungo osservare ho finito a formarmi anch' io, se non una decisa opinione, almeno un modó di vedere, quantunque dubitativo, in quest' argomento.

I tempi del venerabile Haller e del suo *opus quadraginta annorum* sono passati; si vive ora tanto in fretta sospinti dall' elettrico e dalla dinamite che, per tema di non averne il tempo, ognuno s' affanna a metter fuori le proprie idee, ancorchè talvolta non bene maturate: ed è così che il mondo si è abituato anche alle cose mediocri, per non dir peggio. Ciò mi affida ad esporre la mia pensata in proposito dell'ipnotismo. Confesso però che è tanto semplice, da non farmi meraviglia se altri l'ha avuta. Essa mi frulla nel cervello da più di 20 anni: nè osai metterla fuori finchè chi parlava di magnetismo era tassato d' impostura, ovvero d' uomo in preda a vaniloquio.

I nostri sensi variano di intensità e di finezza al variare degli individui. Per conseguenza varia anche l' intensità delle impressioni che quegli individui per mezzo loro ricevono. Chi non sa che alcune persone molto nervose, quantunque si mantengano nelle condizioni fisiologiche, ricevono impressioni vivissime e talora dannose da stimoli o indifferenti od innocui alla massima parte degli altri uomini? L'olezzo di un fiore

riesce spesso insopportabile e nocivo per siffatte persone, a tale che sono forzate a farlo portare fuori della camera.

Non solo per innata condizione vi ha una tale differenza di sensi: ma questa si crea o si fa maggiore per varie cause. I nostri sensi sono perfettibili: e se non perfettibili nel rigoroso senso della parola, il quale significato non ha confini ben determinati, sono almeno suscettibili di essere migliorati.

I marinai, i montanari hanno il senso della vista più acuto che non la generalità degli altri uomini: e ciò pel bisogno frequentissimo di aguzzar gli occhi onde discernere gli oggetti più lontani, che nell'uso comune della vista sia d' uopo.

I prigionieri, che a lungo rimangono sotto il regime del più assoluto isolamento, finiscono ad avere l'udito capace di avvertire suoni tanto lievi e tanto lontani, cui non giungeva prima il loro orecchio, e non giunge quello della massima parte degli altri uomini, al punto che divengono talora perfino allucinati nell' udito. E ciò pel continuo sforzo di raccogliere ogni suono, perchè quasi esclusivamente a mezzo del senso dell'udito possono aver nozione del mondo esterno alla loro cella.

I musicisti hanno l' orecchio più delicato degli altri, perchè l'educazione musicale lo rende capace di distinguere le minime differenze dei suoni della voce e degli stromenti: differenze che passano inosservate a chi non si occupa di musica, perchè non esercita in quel modo l' udito.

I ciechi, cercando di supplire col tatto alla vista, giungono mercè dell' esercizio a tanto, da averlo così sviluppato, che è volgare credenza arrivino con esso a discernere i varj colori. Quantunque ciò non sia vero in tutta quella estensione che generalmente si stima,

è però verissimo sotto date circostanze, sempre nel campo fisiologico.

Ora, se da questo campo fisiologico entriamo nell'altro patologico, noterò che se i nostri sensi ed il nostro intelletto in quest' ultimo stato più spesso si offuscano, talora invece si fanno più acuti.

Nessuno ignora come alcuni nottambuli, durante il loro sonno morboso e spontaneo, hanno lo spirito presente: e taluni di essi anche ad occhi chiusi operino cose delicate, e per le quali nello stato di veglia hanno necessità d' adoperare la vista: é di più presentano anche altri fenomeni sorprendenti. Una volta svegli, tutto cessa, e loro non rimane neppure la memoria di quanto operarono durante il sonno.

Hannovi stati morbosi nei quali i sensi acquistano una acuizione altissima. Frequentemente i malati sono infastiditi da rumori ovvero da odori quantunque assai lievi per gli altri; ed in talune circostanze veggono ed odono a distanze assai maggiori che loro non avvenga nello stato normale. Basterà poi soltanto rammentare i fenomeni sensorj molto strani che si avverano nelle estatiche, nelle isteriche, ecc.

Nè altrimenti dei sensi si comportano alcune facoltà del nostro intelletto. Quanto più ferma non diviene la memoria mercè l'esercizio? Egli è per questa ragione che le persone ineducate, e che ignare dello scrivere non sanno col mezzo di questo ajutarla, si trovano forzate a tenere impresso nella memoria quanto noi affidiamo ad annotazioni, e per tal modo la rendono più tenace e più fida della nostra. — Non parlo degli esercizj mnemotecnici.

D' onde viene che le persone istrutte hanno, per esempio, la facoltà sillogistica più sviluppata, più sicura nei suoi giudizj, che non coloro che difettano di istruzione? Egli è perchè nello studio quella facoltà si

adopera sovente, epperò si sviluppa e si fortifica. E così via.

Anche in alcuni stati morbosi l' intelletto si rende più acuto, e vi si sviluppano facoltà che erano latenti nella condizione di sanità, od almeno si aumentano se già erano palesi. Ciò accade di preferenza negli stati morbosi, nei quali il malato si trova debole, ed il sistema nervoso prende il sopravento. — È notizia volgare che nelle tisi avanzate avviene talvolta che l' intelletto si faccia più acuto, la sentimentalità più delicata, l' immaginazione più ferace; e che nelle ultime ore che precedono la morte, talora diventa limpida ed acuta quella mente che non lo era stata mai, ovvero la gravezza del male aveva offuscata. Propriamente come avviene nel campo fisico col proverbiale miglioramento della morte.

Dunque tanto l' esercizio come taluni stati morbosi possono sviluppare e rendere più acuti i sensi e l'intelletto.

La essenziale differenza che passa fra l' acuizione dei sensi e dell'intelletto che interviene nell'uomo sano mercè dell'esercizio, e l'altra che nasce per uno stato morboso, si è che quella rimane costante, e questa va decrescendo mano mano che il morbo declina, fino a sparire del tutto una volta raggiunto lo stato di sanità.

Queste cose ho amato qui rammentare prima di fare una domanda. Se è un fatto che l'acuizione dei sensi e dell' intelletto possono avvenire nell' uomo, è egli dimostrato che non possano essere prodotte da altra causa diversa da quelle già ammesse e delle quali ho qui discorso? Io credo non solo che una risposta negativa sarebbe assolutamente illogica; ma credo altresì che l' ipnotismo, il quale partecipa e dell' esercizio e dello stato morboso, senz' essere veramente nè l' uno

nè l'altro, è precisamente quella causa; senza negare però che altre ve ne sieno.

Dico che l' ipnotismo partecipa dell' esercizio e dello stato morboso, perchè quantunque l' ipnotico non si trovi nelle sue condizioni abituali, non può per questo considerarsi come malato; d' altronde mercè l' esercizio l' ipnotismo si ottiene più facilmente, ed i suoi fenomeni si fanno più palesi e più facili a manifestarsi.

La cosa pertanto si ridurrebbe non più ad una negazione cieca e sistematica dei fenomeni ipnotici psichici, ma alla osservazione di essi; ricordandoci che siamo figli di Galileo, e che la sua grande impresa era « provando e riprovando. » Per ciò cade qui in acconcio la sentenza del signor De Parville che misi in testa a questo scritto.

Certo io non vorrò ora venire a fare l'ipotiposi dell' ipnotismo, e descriverne i molteplici fenomeni, i quali d' altronde si trovano diffusamente esposti in quelli innumerevoli volumi che costituiscono la biblioteca mesmerica-magnetica-ipnotica, e possono essere verificati da chi voglia deliberatamente studiarli colla pratica. Dirò però che non si debbono tutti alla cieca accettare, ma è necessario farne una cerna, *cum grano salis.*

L' esperienze recenti, fra le quali amo qui citare specialmente quelle del prof. Tamburini e del dottor Seppilli e perchè nostrali e perchè sempre condotte con molta accortezza, hanno a dovizia dimostrato l'influenza dell' ipnotismo sul sistema nervoso periferico.

Per di più condussero quei due egregi cultori della scienza a ritenere che la genesi dei fenomeni ipnotici sta in un aumento della eccitabilità dell'asse cerebro-spinale. In tal modo, a mia somma compiacenza trovai che quegli esperimenti erano venuti a conferma del

pensiero, cui da tanto tempo io era giunto mercè della induzione.

E qui farò un' altra domanda: se l'ipnotismo agisce sui nervi periferici in genere, si potrà escludere che possa agire in ispecie anche su quelli dei sensi? Credo che la risposta dovrà essere negativa. E allora si avrà la spiegazione di molti fatti di questa ultima categoria.

A cagion d' esempio, in che consiste l' udire che fa l' ipnotico a distanze tali alle quali da sveglio l'orecchio suo non giunge? In che consiste il vedere che egli fa a grandissima distanza ed attraverso mezzi dalla sua vista insuperabili nello stato ordinario? In che consiste il leggere un libro socchiuso in modo che la sola sua mano e non la vista possa introdursi fra pagina e pagina? Io ritengo che la più logica e la più semplice spiegazione di tali fenomeni stia appunto nell' ammettere che accadono in virtù d'una acuizione dei sensi della vista, dell' udito, del tatto.

Ora, se si deve ammettere che nello stato ipnotico il sistema nervoso sensorio resta modificato nel modo già detto, perchè si vorrà negare che una simile modificazione possa avverarsi nel cervello dal quale appunto rampolla quel sistema nervoso sensorio? Se ciò si ammette, come a me sembra si debba ammettere, ne verrà di logica conseguenza che le facoltà proprie del cervello, e cioè quelle psichiche, rimarranno a loro volta acuite, sublimate, per essere portato quel viscere in uno stato di esagerata eccitabilità.

Ed ecco così resa ragione di molti casi che col vocabolario magnetico e con frasi pompose e magniloquenti si dicono di chiaroveggenza, di trasposizione dei sensi, i quali non sono se non il frutto della sublimazione della mente, fatta capace di ragionamenti e deduzioni, che hanno per punto di partenza o per ajuto quanto i sensi, alla lor volta acuiti e sublimati, hanno

potuto avvertire, e trasmettere così al cervello impressioni ignote a chi non si trova nello stato ipnotico. Io credo che una tale condizione sia quella la quale produce i fenomeni ipnotici-psichici, i quali per essere i più sorprendenti trovano più restìe le menti ad ammetterli.

Se quanto dico è vero, si comprenderebbe come l'uomo nello stato d'ipnotismo possa prevedere alcune cose, assai meglio di quanto può fare nel suo stato ordinario; però quando l'argomento delle sue previsioni abbia una radice di fatto, ed un ragionamento vi sia d'uopo. Queste condizioni spiegherebbero la assoluta sua inettitudine ad indovinare i numeri che sono per essere estratti al lotto. Cito questo esempio perchè è il gran cavallo di battaglia delle comari contro l'ipnotismo.

Innanzi finire voglio avvertire che allo stato attuale delle cose, e parlando dell'ipnotismo prodotto direttamente da persona a persona o colle *passate*, o con altro mezzo congenere, non tutti gli uomini hanno facoltà di indurre in un altro l'ipnotismo e tanto meno l'ipnotismo completo, esteso cioè al cervello; che non tutti hanno quella di poter essere condotti in questo stato; che chi vi può essere condotto, non ogni volta mostra i medesimi fenomeni, massime relativamente alla loro intensità; che questa diversità trova la più frequente sua ragione nella condizione della salute dell'agente, più spesso del paziente, e specialmente nella condizione anche momentanea del sistema nervoso di quest'ultimo, massimamente nel caso di auto-ipnotismo. È appunto per questo che i fenomeni psichici dell'ipnotismo non sono costanti e talora riescono fallaci.

Se noi conosciamo alcuni fenomeni dell'ipnotismo, ricordiamoci che non ne conosciamo l'intima essenza come non la conosciamo di alcuno dei fenomeni biotici.

E qui giunto finisco. Ho messo avanti il mio pensiero

quantunque dubitandone io stesso, nella speranza non sia da rigettarsi del tutto; e che sulla strada da me indicata ingegni più forti, e nudriti di più profondi studj possano giungere colla costanza dell'osservazione a mettere in piena luce quanto io non seppi che abbozzare, studiando fino a qual punto possano sublimarsi sensi ed intelletto. Spero che altri lo faccia, perchè io mi conosco troppo lontano dal virgiliano,

« Felix qui potuit rerum cognoscere causas. »

Milano, 1 *marzo* 1883.

UN CASO DI DEMONOMANIA CON ACCESSI ISTERO-EPILETTICI PERIODICI — *pel dott.* ANGELO PASSERINI.

I.

Il caso che mi accingo a descrivere mi sembra di qualche importanza, non solo perchè la demonomania è divenuta ai nostri giorni, come scrive il Dagonet, « un' affezione tutt' affatto eccezionale » (1), ma eziandio perchè desso porge una prova di più dell' efficacia grandissima che le idee deliranti possono esercitare sulle varie funzioni nervose. Nell'ammalata di cui sto per narrare la storia, le idee deliranti demoniache raggiungono, in date circostanze, una tale intensità, da farsi evidentemente, in soggetto predisposto, cause determinanti di violenti accessi istero-epilettici. Per questo riguardo il mio caso presenta le solite analogie con tutti quelli che gli autori descrivono col nome di *melancholia daemonomaniaca,* o *daemonolatria,* dove pure, al dire del Krafft-Ebing (2), sono assai frequenti

(1) Dagonet. *Nouveau Traité élementaire et pratique des maladies mentales,* 1876, pag. 286.

(2) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie,* Zweite Auflage, 1883, Band II, pag. 35.

le neuralgie, le paralgie, le convulsioni di origine indubbiamente isterica, e dove accessi di vero *raptus* ricordano le estasi di tutti i delirj e fanatismi religiosi. Ma qui l'intensità dei fenomeni isterici raggiunge il grado della grande isteria, dell' *hysteria major* (Charcot).

Il mio caso presenta poi non piccolo interesse anche pel fatto che le idee deliranti sopraccennate si esaltano ad epoca fissa, e ad epoca fissa, con una regolarità a così dire scrupolosa, scoppiano gli accessi convulsivi da esse determinati.

II.

Abita in Settàla, piccolo borgo del Circondario di Milano, una giovane poco più che ventenne, dalla generalità dei suoi compaesani avuta in concetto d' *indemoniata.* Si chiama Enrichetta Ga..... ed appartiene a famiglia di condizione piuttosto agiata e civile, ma di ben poca levatura intellettuale. Una zia materna, morta da pochi anni, soffriva di *mali nervosi*; l'avo paterno fu, ed il padre è tuttora assai dedito ai piaceri di Venere e di Bacco. La madre è donna piuttosto robusta, e pare che non abbia mai sofferto alcuna malattia di qualche importanza. Tuttavia, quando era gravida di Enrichetta, ebbe a provare sofferenze a lei ignote fino allora, e che nelle gravidanze successive più non si mostrarono quasi affatto: digestione lenta e laboriosa, vomito ribelle ad ogni medicina, stipsi ostinata e grande spossatezza. Essendo la madre scarsa di latte, Enrichetta venne affidata ad una nutrice, la quale di lì a pochi mesi sarebbe rimasta incinta, continuando tuttavia per avidità di guadagno a trattenere presso di sè la bambina. Fu questa vaccinata due volte senza successo. Non sofferse il morbillo nè la scarlattina. La dentizione ebbe luogo regolarmente; ed essa cominciò a camminare all' epoca consueta.

Fino dai primi anni si poteva arguire che l' intelligenza

di Enrichetta era al disotto della media e che ben difficilmente essa avrebbe raggiunto un normale sviluppo. Incominciò tardi a parlare, tardi a dar segni d' intendere qualcosa di quanto le veniva detto dai parenti e dai vicini. Mandata alle scuole, fu sempre tra le infime, se non l' ultima affatto delle sue compagne. Nella speranza che ciò si dovesse in parte alle molteplici cause di distrazione che aveva in casa e nel paese, fu collocata in un collegio di Milano e lasciatavi un pajo d' anni; ma il profitto fu ben lungi dal rispondere all' aspettazione dei genitori. Durante la sua lontananza dalla famiglia, non diede alcun segno di attaccamento per questa; non iscriveva se non per rispondere alle lettere che le pervenivano, e le sue risposte erano sempre brevissime e sempre spoglie di espressioni affettuose. Non si può dire tuttavia che il suo cuore fosse chiuso affatto ad ogni sentimento altruistico e benevolo: amava assai una delle sue compagne di collegio, da lei molto dissimile di costituzione fisica e d' aspetto, e, pare, molto superiore in quanto alle facoltà intellettuali.

Questo affetto anzi raggiunse in ultimo proporzioni tali che l' Enrichetta non sapeva più staccarsi un istante dal fianco dell' amica, e, fatta gelosa, odiava e maltrattava quelle compagne, che le pareva volessero usurparle parte del posto che essa occupava, o credeva occupare, nel cuore di colei, per la quale solamente forse era capace d'affetto. La separazione da questa compagna dovette certamente contribuire moltissimo a gettare Enrichetta in quello stato di melancolia, in cui si trova dacchè i suoi genitori pensarono di ricondurla a casa. Il poco o nessuno affetto dimostrato da Enrichetta per la famiglia, il suo carattere cupo e taciturno e la sua poca attitudine nel disimpegno delle domestiche faccende, procacciavano ben di sovente alla fanciulla aspri rimproveri dalla madre, la quale, di pochissima levatura intellettuale e di poco cuore, pretendeva dalla figlia assai più di quello ch' essa potesse dare, e le

ascriveva a colpa l'essere inerte, ottusa di mente e inetta a fare quanto ogni altra ragazza, ella diceva, ancorchè non fosse stata in collegio, avrebbe saputo far benissimo. Spesso, in presenza della figliuola, lagnavasi colle amiche di avere speso invano per educarla così male, e non di rado la minacciava di volerla cacciare in un monastero, o in qualsiasi altro luogo lontano, pur di levarsi d'attorno un essere insensibile e nojoso.

Un bel giorno, non si sa per qual motivo, la madre d'Enrichetta chiuse la figliuola in un camerino angusto ed oscuro, e se ne andò fuori di casa. La povera prigioniera tentò sulle prime di scassinare la serratura, di abbattere la porta, di svellere l'inferriata del finestrino, ma, dopo inutili sforzi, accorgendosi che ogni tentativo di evasione sarebbe riuscito a vuoto, cominciò a piangere, a strillare, a chiedere ajuto ad alta voce, a dare nelle smanie. Venne la sera, e le tenebre imminenti accrebbero la paura e la disperazione di Enrichetta, la quale avrebbe finito, secondo che ella stessa raccontò poi e molti vicini attestarono di aver udito, per invocare l'ajuto del diavolo promettendogli anima e corpo, qualora egli l'avesse tratta di là.

Nei giorni successivi la melancolia della ragazza presentò un notevole aumento; più non parlava che a monosillabi e solo se interrogata; mangiava pochissimo ed ogni tanto piangeva. Volgeva allora la fine del mese d'aprile del 1880; la mattina del primo giorno del susseguente maggio, Enrichetta uscì di casa in compagnia della madre per recarsi alla chiesa ad udire la messa.

La ragazza, come ella stessa ebbe a narrare in seguito, tormentata da pensieri melancolici e piena di rammarico per essersi venduta al demonio, non aveva chiuso occhio tutta la notte precedente, se non verso il mattino, nel qual tempo avrebbe avuto un sogno d'indole terrifica, o, per usare le sue parole, una visione spaventosa. Le sarebbe apparso, rosso, ella dice, spaventoso, accigliato, colle

gambe lunghissime, stecchite e storte, colla coda arrotolata e cogli artigli lunghi ed adunchi, proprio il diavolo in persona; il quale, dopo averla fulminata con uno sguardo pieno di minaccia, le avrebbe intimato con voce cupa e con cipiglio truce e spaventevole, di non mettere più mai piede nella chiesa, poichè ella era già cosa sua e, se avesse trasgredito i suoi ordini, egli se l'avrebbe trascinata all'inferno prima del tempo.

Man mano che Enrichetta si andava appressando alla chiesa, il suo respiro si faceva breve, frequente ed affannoso, e quand'essa fu per salire la gradinata, che mette alla porta, gettò un grido acutissimo e stramazzò di botto a terra priva di sensi. Stette per un istante immobile ed irrigidita, poi cominciò a tremar tutta, a farsi livida in volto, a digrignare i denti, ad emettere schiuma dalla bocca ed infine a scuotersi ed a convellersi furiosamente, a roteare e tralunare gli occhi, agitar le gambe, dimenare il bacino, e portarsi ogni tanto le mani alternativamente all'epigastrio ed alla gola.

Trasportata a casa, continuò così, salvo brevi pause e remittenza, per un'ora; poscia cominciò a piangere, a cercare di fuggire, ad emettere grida e gemiti; e finalmente cadde in un sopore profondo che durò altrettanto e forse più del periodo di agitazione. La mattina del giorno seguente, sentendosi abbastanza bene, volle ritentare l'assalto alla chiesa, ed eccoti un altro accesso di grande isterismo, più violento e di maggiore durata del primo. Alle ore due pomeridiane un terzo accesso, che durò fin verso le quattro. Nei giorni successivi ebbe luogo sempre, immancabilmente, un accesso simile ai precedenti, e che incominciava giusto verso le due del pomeriggio per terminare verso le quattro. Di solito sul finire degli accessi la poveretta gridava di vedere il diavolo, di essere da lui maltrattata; cercava balzaare dal letto, gettarsi per la finestra, rompersi il capo contro i mobili e contro il muro

della camera. Poi si cacciava le mani nei capelli e li svelleva rabbiosamente, nelle vesti e le faceva a brani. Due persone piuttosto robuste alle volte non bastavano a contenerla.

Negli intervalli Enrichetta stava abbastanza bene, e s' intratteneva qualche volta colle sue coetanee del vicinato, raccontando loro la sua sventura e lagnandosi che oramai per lei non c' era più remissione, che apparteneva già anima e corpo al diavolo, a cui si era votata e che le era apparso per rammentarle la promessa. Diceva che allieva delle monache, e, per educazione e tradizione, già amica dei preti, ora, per opera diabolica, era costretta a sentire ripugnanza per le une e per gli altri, ed a non poterli vedere senza provare una stretta al cuore ed una specie di ribrezzo. Narrava che dal mezzogiorno fin verso le due la sua tristezza cresceva talvolta sino a toccare i limiti della disperazione; che l' idea di essere dannata irremissibilmente all' inferno le era cagione in quel tempo d' indicibile angoscia; che i suoi accessi convulsivi le venivano ben di sovente preannunziati da una specie di brivido, che dall'apice del mignolo destro si irradiava colla rapidità del fulmine alla gola per soffocarla, ed alla testa per ottenebrarle la vista e toglierle il sentimento. A suo dire il diavolo le si presentava non di rado, di giorno e di notte, per ricordarle la promessa, sotto forma di gatto, di cane e di qualunque altro animale, e che ella sapeva bene interpretare nel loro giusto significato i miagolii, i latrati, gli ululi minacciosi di tali bestiacce.

I parenti mai non pensarono a sottoporla alle cure d'un medico; ma, convinti che si trattasse di una ossessione, facevano celebrare messe e cerimonie per scacciare dal corpo della ragazza lo spirito maligno, che la possedeva. Un prete li consigliò a mandare la malata, il giorno 26 del medesimo mese di maggio, al Santuario di Caravaggio, dove

l'apparizione della Beata Vergine aveva operato più e più volte il miracolo di guarire le indemoniate.

Pei lettori che nol sapessero, Caravaggio è un piccolo borgo del Cremasco, a poche miglia da Treviglio, assai famoso nei dintorni e per un perimetro abbastanza ampio grazie ad una chiesa assai grande e bella, stata eretta in un luogo dove corre voce essere apparsa un tempo la Madonna ed avervi operati molti miracoli.

Tutti gli anni al 26 di maggio (giorno dell'*Apparizione della B. V.*) ha ivi luogo una gran festa, e la gente vi accorre a frotte, parte per divozione, parte per curiosità, parte anche per altri fini. Narrasi che parecchie donne al tornare dalla festa si mostrarono libere, almeno per un po' di giorni, da emicranie, costrizioni di gola e di stomaco, nevralgie e simili disturbi nervosi ond'erano prima tormentate. Per quelle poi che si credono invase dal demonio, all'opere infauste del quale ascrivono i loro malanni, — a somiglianza degli antichi Babilonesi che ogni malattia credevano prodotta da un essere invisibile nemico dell'uomo (1) — c'è, attiguo alla chiesa, un apposito camerino, custodito da guardie, nel quale, separate da tutte le altre persone, assistono alle funzioni religiose e possono vedere, attraverso le grate, l'altare maggiore ed i preti che vi funzionano. Sul far della sera, e precisamente poco dopo le cinque pom. ora nella quale dicono essere colà apparsa la Madonna la prima volta, all'atto che il sacerdote maggiore solleva in alto l'ostia consacrata, e che tutti i fedeli atterrano riverenti lo sguardo indegno di affissarsi sul corpo del Signore, ha luogo l'apparizione della Beata

(1) Anche oggidì presso i popoli barbari, e fin nell'India e nella Cina, non è raro di vedere un esorcista occupato a discacciare il diavolo dal corpo di un febbricitante o di un pazzo. V. il Word: *History of the Hindoos*, ed il Roberts: *Oriental Illustration of the Scriptures.*

Vergine. In quell'istante le campane suonano a distesa, i chierici cantano a squarciagola, sul sagrato si dà nelle trombe e nei tamburi, si sparano mortaretti, ed intanto, là nel camerino speciale, le povere indemoniate si contorcono, stralunano gli occhi, fanno visacci strani, si danno furiosamente dei pugni e nella fronte e nel petto, singhiozzano, piangono, urlano e strillano da disperate. Il demonio, costretto a viva forza dalla Madonna a lasciare la sua preda, almeno per qualche momento (chè le più, l'anno susseguente tornano al medesimo giuoco) è la causa di tutto quello scompiglio.

La nostra giovane, adunque, il giorno 26 di maggio dell'anno 1880, di buon mattino insieme con un nuvolo di gente del paese, moveva alla volta del Santuario di Caravaggio. Il giorno antecedente fu agitatissima. Il solito accesso di grande isterismo, invece che alle due pomeridiane incominciò a mezzogiorno, ma più violento del solito durò fin verso le tre, e fu susseguito da parecchi accessi minori. Durante il viaggio Enrichetta fu molto preoccupata ed ogni tanto piangeva. Appena vide il sacro tempio, diede in uno scoppio di pianto, in gemiti ed in grida acutissime e strazianti. Non potè entrare nella chiesa, respintane come da una mano ferrea invisibile, e stette coi parenti sulla piazza, a' piedi d'un albero, ad aspettare la *benedizione*. Verso la metà di questa, vale a dire appunto all'istante dell'elevazione dell'ostia, fece come le sue compagne di sventura chiuse nel camerino, anzi peggio, come quella che aveva dentro un demonio assai più forte e malvagio di quanti portavano in petto le altre.

Da quel giorno in poi, per quell'anno, non ebbe più esaltamenti nè accessi, se non alla vigilia e nelle due feste di Natale; poi altra pausa sino alla vigilia e nelle due feste di Pasqua 1881. Decorse queste, rimase tranquilla sino all'ultimo di aprile, dal qual giorno sino al 26 del susseguente maggio del 1881, in cui si recò di bel nuovo al

Santuario miracoloso, ebbe quotidianamente un accesso di grande isterismo, analoghi a quelli dell' anno prima, insorgente alla medesima ora, e pur esso preceduto e seguíto da esaltamento delle idee demoniache e da agitazione più o meno viva. Nell' anno scorso e nel corrente, i medesimi fenomeni, colla medesima legge e regolarità scrupolosa si sono ripetuti, di modo che noi avremmo i seguenti periodi caratteristici, perchè coincidenti con le grandi epoche mistico-religiose dell' annata:

1880. — Tutto il mese di maggio.
» Feste di Natale.
1881. — Feste di Pasqua.
» Tutto il mese di maggio.
» Feste di Natale.
1882. — Feste di Pasqua.
» Tutto il mese di maggio.
» Feste di Natale.
1883. — Feste di Pasqua.
» Tutto il mese di maggio.

Negli intervalli degli accessi, Enrichetta, salvo un po' di malinconia e talvolta di malumore, stava abbastanza bene. Parlava sovente del diavolo a cui si era data, e che a poco a poco aveva finito per riuscirle quasi simpatico. Invocava il suo ajuto ogni volta che si trovasse in qualche imbroglio, e diceva che coll' intervento di lui veniva a capo felicemente di ogni cosa che volesse fare. Una volta un prete, consultato dai parenti della giovane, consigliò di metterla nelle mani di un esorcista, ed i parenti forse l' avrebbero fatto, se l'Enrichetta non si fosse vivamente opposta, protestando che amava assai meglio di rimanere così.

Mestruata la prima volta a 13 anni, Enrichetta fu sempre più o meno dismenorroica.

L' appetito si mostrò sempre in essa molto variabile, senza però mai raggiungere i gradi estremi di sitofobia e di bulimia ; il ventre sarebbe da parecchi anni molto facile

alla stitichezza. Salvo alcune febbri intermittenti di origine malarica, non pare che abbia mai sofferto malattie d' importanza.

Enrichetta è alta e ben fatta della persona; ha neri i capelli, castano-scuri gli occhi, pallido il viso. La sua fisonomia, di solito priva di espressione e cupamente seria, si fa alle volte d'un tratto animata e piena di vita, ed allora le guance le si colorano in vermiglio e brilla ne' suoi occhi un' insolita luce. Ha muscolatura abbastanza sviluppata, adipe sottocutaneo piuttosto scarso, mammelle di mediocre volume. Cranio di ampiezza un po' inferiore alla media, brachicefalo (1); faccia ovale, di regolare sviluppo. Le pupille, eguali fra di loro, sono leggermente dilatate, e reagiscono prontamente e vivamente alla luce. Presenta un appena sensibile grado di miopia; molta facilità allo spasmo di accomodazione. Normale l' udito. La sensibilità generale è molto squisita ed assai sviluppato il senso di luogo. Non mi venne fatto di trovare alcuna zona isterogena. Enrichetta ha una decisa predilezione per le sostanze acidule e per le carni rosolate, l' allesso le fa nausea; le frutta non le garbano se non acerbe. Talvolta mangia addirittura con voracità, tal' altra sta magari un giorno intiero senza toccare cibo. La digestione si compie lentamente e dà luogo a grande sviluppo di gas, talchè il ventre molto di sovente le brontola e si gonfia in modo assai notevole. Per solito è un po' stitica. Va facilmente soggetta a cardiopalmo nervoso, e, pare, anche talvolta ad accessi stenocardici abortivi. Le altre funzioni organiche si compiono con tutta regolarità, salvo la mestruazione, che è un po' scarsa e dolorosa. L'ammalata accusa molto di frequente molestie ovariche, specialmente a destra, dove la

(1) Curva bisauricolare: 310; curva antero-posteriore: 305; circonferenza orizzontale: 485; altezza della fronte: 50; larghezza: 75; altezza della faccia: 68.

pressione un po' forte suscita dolore; ed inoltre, chiodo isterico e senso di bolo esofageo.

Enrichetta dorme di solito assai poco, e d'un sonno molto leggiero frequentemente turbato da sogni per lo più d'indole terrifica.

Quanto alle funzioni psichiche, dalle mie indagini credetti rilevare quanto segue:

Idee puerili, limitatissime, poco chiare, non di rado sconnesse; espressioni assai di sovente improprie, vaghe, imbrogliate. Parla poco bene il suo vernacolo, malissimo l'italiano; dell'idioma francese, quantunque l'abbia studiato in collegio per un biennio e pochi anni addietro, non ricorda che a stento qualche rara parola e qualche mezza frase, che alle volte, per giunta, storpia orribilmente. Non parla quasi mai, se non viene interrogata. Se per caso esce in una parlatina più lunga d'una spanna, è ben difficile che serbi il filo delle idee; salta di palo in frasca colla massima disinvoltura e facilità. Avendo a sua disposizione un vocabolario assai meschino, fa grande uso ed abuso di espressioni generiche e di perifrasi. Non rammenta che a stento, e con grande incertezza e confusione principalmente di nomi e di date, le vicende, anche non molto remote, della sua vita. Della prediletta compagna di collegio più non serba che una vaga rimembranza; ha anche poca affettuosità per la madre.

Spende ore ed ore allo specchio per abbigliarsi; studia con accurata diligenza l'acconciatura dei capegli, si incipria, si profuma tutta, e si dipinge il viso colla biacca e col belletto. A chi le chiede perchè mai ponga tanto studio nell'acconciarsi, in un paese in cui il lusso e la moda non hanno per anco posto le tende, risponde con un sorriso: *Il mio diavolino vuole così*. Imperocchè, siccome fu accennato più sopra, da qualche tempo in qua, a furia di aver commercio col diavolo, avrebbe finito per entrare seco lui in dimestichezza; ed al presente, lungi dal sentirne paura,

nutrirebbe per lui un certo attaccamento. Invoca il suo ajuto per ogni nonnulla, per esempio per rintracciare uno spillo che abbia smarrito, per infilare l'ago quando la luce è scarsa, per pigliare una decisione qualunque, e così via (1). Questo fatto si spiega certamente col sistematizzarsi del delirio e col circoscriversi graduale del campo ideativo. Oggi le idee demoniache che un dì le recavano angoscia sono divenute impotenti a commoverla, essendosi in lei rese abituali.

Ha tarda la percezione intellettiva, debolissima la riflessione. Non si riesce quasi mai a farle compiere mentalmente l'operazione aritmetica più semplice e breve. È superfluo il dire che è affatto incapace di un' attenzione intensa e prolungata.

Come per l'addietro, il suo umore è solitamente, più che malinconico, triste e cupo. È molto caparbia, e quando s'intesta di fare una cosa, bisogna lasciargliela fare ad ogni costo.

Le idee del giusto, dell' onesto, del bello morale, del dovere, ecc., sono lettera morta per Enrichetta. Ha pochissimo sviluppato il senso del pudore, talchè si riesce con tutta facilità a farla denudare anche completamente. Non è suscettibile del sentimento della compassione; anzi, qualche volta si diletta di tormentare scioccamente in varie guise le bestie che le capitano fra mano, e non di rado

(1) Interrogata come mai avvenga che ella, or tanto intrinseca col diavolo, nel maggio, e nelle altre epoche, si disperi e smanii di essere da lui posseduta, altro non risponde se non che: *In quel tempo io divento matta.* E quasi perfettamente inutile moverle interrogazioni sul modo col quale essa comunica col diavolo, e sui particolari di un tale commercio. Non se le cavano in proposito che risposte laconiche e vaghe come le seguenti: *Mi appare di notte in sogno; — Ne odo nottetempo la voce e talvolta lo vedo ed anche lo sento; — Piglia la forma di cane, di gatto, ecc. e mi parla per mezzo di latrati, di miagolii, di urli, che io sola so interpretare nel loro vero significato*, ecc.

anche i bambini del vicinato, di cui il pianto e le strida sono per lei motivo d'ilarità e quasi di allegrezza. Sembra affatto sorda all'affetto della famiglia e all' amicizia. Pochi mesi or sono le morì di pneumonite una sorella, e dicono non abbia sparso una lagrima. Sono tre anni che reduce dal collegio si trova in paese continuamente, e non ha mai cercato di stringere un' amicizia. Quanto poi all'amore, nello stretto senso della parola, pare che non l'abbia mai provato e che non sia neppur suscettibile di provarlo.

III.

In complesso l' Enrichetta Ga.... è una ragazza imbecille, istero-patica, in cui si svolse una melancolia religiosa con idee demoniache e in cui gli accessi demonopatici provocati dalla ricorrenza delle epoche religiose dell' anno si associano sempre con le convulsioni di grande isterismo. Ora, l' associazione dell' imbecillità col delirio religioso, e di questo coll'istero-epilessia, come pure l'influenza esercitata sul delirio dalle feste religiose, mi sembrano tutti fatti importanti e degni di nota. Inoltre la dipendenza, tanto manifesta nella nostra ammalata, dell' istero-epilessia dalle idee deliranti religiose, ci richiama alla mente il fatto, che bene spesso gli è con delirio che il grande accesso isterico incomincia, e con delirio non meno di frequente finisce (1).

Questo caso sporadico di demonomania con accessi di grande isteria può anche spiegare il fatto della costante associazione dei delirj religiosi colla neurosi isterica nelle grandi epidemie demonopatiche, che travagliarono molti paesi nel medio-evo e che anche du-

(1) V. Richer. *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie.* Paris, 1881.

rante questo secolo ebbero a ripetersi, sebbene in proporzioni meno gravi, a Morzines, a Verzegnis, a Genzano e ad Alia di Sicilia; come pure vale a illuminare la genesi di molti casi della così detta « malattia dei mistici », di cui furono stupendo esempio nel nostro secolo la Luigia Latteau e le altre celebri stigmatizzate.

Settàla, giugno 1883.

RIVISTA

I criterj diagnostici della sifilide cerebrale. — Il dott. Alberto Rovighi in una tesi presentata all' esame di perfezionamento in clinica medica, al R. Istituto superiore di Firenze nel giugno 1882 fece un riassunto critico di quanto si conosce intorno alla sifilide cerebrale. Trascrivo le conclusioni alle quali pervenne l'A.

1. Nessun sintomo è *esclusivo* di questa alterazione morbosa; nè v' ha disordine encefalico che non possa essere prodotto dall' infezione celtica.

2. La diagnosi di sifilide del cervello è molto difficile, e solo può desumersi dalla *irregolarità*, dalla *variabilità*, dalla *istantaneità* e dalla *fugacità* delle forme che essa può presentare.

3. Ogni episodio della sifilide cerebrale può rimanere *separato* e *distinto*, come pure l' uno può essere *collegato*, *intrecciato* e *derivato* dall'altro.

4. La sifilide del cervello può decorrere in modo affatto nuovo, diverso da quelli più frequentemente descritti, ed è appunto in questa *anomalia*, nella *stranezza* di tali fenomeni, che il medico deve trovare un indizio per attribuirli ad alterazione sifilitica.

5. L' indagine degli *antecedenti sifilitici* e dei *segni concomitanti* può fornirci le basi sicure, razionali ed objettive per

convalidare quanto prima non era che un sospetto od una credenza subjettiva.

6. L'evoluzione della sifilide cerebrale può essere *modificata* ed *arrestata* dalla cura specifica. Questa dunque ci rivela spesso la natura della malatia; essa è come il reattivo per la diagnosi e tutti li autori le accordano, nel caso nostro, valore incontestabile. Solo con grandissima ragione Zambaco, Murri, Fournier ed altri, osservano che, un tale criterio è da tenersi in grande considerazione quando dà risultati posisivi, e non quando li dà negativi. Giacchè il virus può avere indotto nel suo avanzare lesioni profonde e distruttive della sostanza cerebrale, sicchè è resa inefficace l'azione del mercurio e dell'ioduro; di più vi sono individui manifestamente sifilitici, i quali per speciale costituzione organica od idiosincrasia, resistono alla benefica influenza della cura mista. (*Lo Sperimentale*, 1883, aprile, fascicolo 4.°). Dott. *G. B. Verga.*

Contributo alla diagnosi dei tumori cerebellari. — Carlo Hochhalt communica un caso, in cui durante la vita non fu possibile alcuna diagnosi positiva.

L'inferma era ventunenne. La malatia incomincò latentemente con disturbi di stomaco, quali mancanza d'appetito, vomito frequente, ecc., nonchè con violenti dolori di capo ed agripnia. L'esame objettivo presentava: macchie meningitiche nella pelle, rigidità cervicale, iperestesia limitata alla regione superiore e posteriore del collo, polso tardo, respiro affannoso, sbadiglio, singhiozzo, nistagmo, strabismo convergente, faccia color di cera, udito ottuso, movimenti automatici, coma e delirio.

Per il modo d'iniziarsi e pel decorso della malatia l'A. giudicò questa una semplice meningite basilare subacuta, quantunque mancasse la febre e l'iperestesia cutanea.

La sezione (prof. Schentauer) presentò — *gliosarcomata duo in cortice et medulla lobi inferioris, posterioris hemisphaerii dextri cerebelli; hydrocephalus intern. chron. levioris gradus.*

Mancando l'atassia cerebellare, secondo lo stato odierno della diagnostica sulle localizzazioni, non era supponibile un tumore del cervelletto.

. Siccome però, secondo Nothnagel, il centro della coordinazione risiede nel lobo medio del cervelletto, e solo le lesioni a focolajo di questa parte possono dar luogo alla atassia locomotrice, si comprende perchè questo sintoma mancasse nel caso descritto, il quale, se da un lato è un argomento negativo per le vedute di Nothnagel, è dall' altro una prova, che i tumori negli emisferi cerebellari non posseggono un segno clinico patognomonico e si manifestano soltanto per sintomi di compressione intracranica, per azione a distanza e per fenomeni cerebrali generali. (*Gyógyászt*, N. 1, 1883 e *Centralblatt für Nervenheilkunde*, ecc., 1883). *Tambroni.*

Idroencefalocele dell' intero cervelletto; *per A. Mäürer.* — Trattavasi di un feto vivente di otto mesi, il quale nella regione occipitale presentava un grosso tumore fluttuante coperto da pelle normale. La distensione del tumore, gradatamente crescente, negli ultimi quattro giorni era di molto aumentata. Il fanciullo era sonnolento, non gridava e non beveva. In seguito ad una puntura, la quale diede uscita a 125 grammi di liquido siero-sanguinolento, fu possibile palpare il cervelletto distintamente. Esso giaceva intieramente fuori della cavità cranica. L'osso occipitale era del tutto mancante. La circonferenza della base del cranio misurava 24 centimetri. Le ossa parietali erano spinte sotto il cervelletto, e sembrava che comprendessero il ponte tra i loro margini. — Lo stato generale del fanciullo non presentò alcun cambiamento dopo l' operazione. (*Deutsche Med. Wochenschrift*, N. 51, 1882). *Tambroni.*

Schizzi di nevroterapia chirurgica; *per Nussbaum-Tsenschmid* (München). — Dalle notizie della clinica chirurgica di Monaco, che interessano la medicina pratica, togliamo fuori quelle che riguardano la nevroterapia.

1. Affezione del nervo sciatico sinistro. — Lo stiramento fu seguito da brillante successo. L'infermo potè subito giacere in letto senza crampi e dolori, il che da due anni non era stato più possibile.

2. Nevralgia del sopraorbitale. — Nussbaum in simili casi dà ora la preferenza allo stiramento anzichè alla resezione.

Operazione secondo Schuh. I dolori centripeti della faccia, che comparivano semplicemente in seguito al toccamento delle terminazioni nervose periferiche, furono curati stabilmente mediante lo stiramento e la resezione del nervo. Non si ottenne sempre il medesimo risultato pei dolori centrifughi. Per questi fu necessario accoppiare alla resezione la legatura della carotide (alla Liston).

3. Tabe. Stiramento sottocutaneo dello sciatico. — L' A. ha fatto già lo stiramento incruento per ben due volte e con felice successo.

4. Tic doloroso della metà destra della faccia. — Lo stiramento del nervo sostituì in molti casi la resezione.

5. Nevralgia del trigemino, tre recidive, resezione. — Dopo lo stiramento del nervo l'A. non ha avuto neppure una recidiva; però il tempo è ancor troppo breve per pronunciare un giudizio finale. (2. *Heft. München bei Finsterlin.* 1882). *Tambroni.*

Contributo alla casuistica della chirurgia dei nervi e specialmente dello stiramento di questi; *per il dott. Leisrink.* — *A.* Resezione del trigemino.

I. Stiramento e resezione del nervo mascellare inferiore. — Contrariamente al processo raccomandato da Langenbuch (*Berl. Klin. Wochenschrift*, N. 42, 1880), molto complicato e accompagnato da spiacevoli conseguenze, l'A., per la resezione del nervo mascellare inferiore penetra dentro il canale. Riferisce due casi di questo genere, operati da lui con felice successo.

II. Stiramento e resezione della seconda branca del trigemino. — Donna di 28 anni, sofferente da tre anni di una nevralgia del trigemino. Tutti i mezzi immaginabili, adoperati in antecedenza, riuscirono senza effetto. Il 28 settembre 1882 fu fatta la resezione della seconda branca del trigemino secondo il metodo di Lucke, previo un forte stiramento del nervo medesimo. Il giorno 11 ottobre l'inferma fu licenziata guarita e senza che si fosse più ripetuto il dolore.

III. Stiramento e resezione della prima branca del trigemino. — Donna di 59 anni, accolta il 19 febrajo 1882: soffriva da molti anni di dolori, i quali decorrevano dal margine superiore

della cavità orbitaria sinistra in alto, sulla fronte. Tali dolori negli ultimi tempi si erano accresciuti e resi perfino insopportabili. Il 20 febrajo fu scoperto il nervo frontale, fu stirato e resecato per circa un centimetro e mezzo. Il primo giorno di marzo fu licenziata guarita.

B. Stiramento del nervo ulnare per disturbi sensitivi e motori.

C. Stiramento dello sciatico per nevralgia.

D. Stiramento per sclerosi multipla cerebro-spinale.

E. Stiramento per mielite dorsale.

I casi segnati colle lettere *B*, *C*, *D*, *E*, peggiorarono tutti dopo l'operazione.

Favorevoli sono stati li esiti nelle nevralgie dei nervi puramente sensitivi, quando lo stiramento fu accoppiato alla resezione.

Nei nervi misti l'A. ha fatto lo stiramento due volte e sempre con esito infelice.

Nelle malatie centrali ha parimenti eseguito due volte lo stiramento, e non ha fatto che aumentare di due il numero degli insuccessi. (*Archiv f. Klinische Chirurgie*, 1882). *Tambroni.*

Contributo allo stiramento sottocutaneo dei nervi. — Il dott. Melchior soffriva da sei mesi di una sciatica estremamente ostinata e progressivamente dolorosa. La malatia era recidiva e tormentava talmente l'infermo che questi, massime nelle ultime settimane, oppresso dalle sofferenze, ideò più volte il suicidio.

Per lo stiramento sottocutaneo del nervo sciatico, consigliata prima da Vogt e poi anche da Billroth, fu in un momento liberato da tutti i dolori e dalla malatia.

L'operazione fu eseguita dal dott. Kroenig, previa cloroformizzazione dell'infermo, e consistette in ciò:

Mentre tre assistenti tenevano fissi il bacino, il tronco e la gamba sana, l'operatore cercò di avvicinare, per quanto gli fu possibile, la gamba malata, a ginocchio disteso, al tronco medesimo.

La muscolatura già molto atrofizzata della gamba, in poche settimane, mediante anche il soccorso dell'applicazione della

corrente faradica ripetuta quotidianamente, acquistò di nuovo la forza normale e l'estensione di prima. (*Der praktische Arzt*. 1882, N. 8). *Tambroni.*

Stiramento dei nervi contro i dolori folgoranti degli arti inferiori; *per John A. Wieth.* — N. W. dell'età di 53 anni, soffriva da 7 anni di tabe. Negli ultimi due anni le sofferenze nevralgiche, massime negli arti inferiori, erano gravissime. Il 17 settembre furono stirati fortemente ambedue li ischiatici, in corrispondenza della metà della coscia. Il secondo giorno, consecutivo all' operazione, i dolori erano completamente scomparsi, e il paziente rimase anche in seguito relativamente libero dalle sofferenze. Nel luglio dell'anno susseguente però tornarono di nuovo violenti li antichi dolori, tanto che il paziente chiese una seconda volta l'operazione. Non fu constatato alcun miglioramento dell'atassia. Il caso, massime per rispetto all'esame objettivo, viene riferito in modo alquanto incompleto.

L., di 42 anni, soffre da quattro mesi di grave ischialgia, la cui etiologia è ignota. Siccome tutti i tentativi terapeutici fatti fino allora erano falliti, il 15 maggio 1882 fu messo allo scoperto il nervo sciatico e ne fu fatto lo stiramento. Guarigione per prima intenzione. Il miglioramento della malatia in sulle prime osservato, dopo sette settimane dall' operazione cedette nuovamente il posto all'antico stato doloroso.

L'A. dall'esperienza fatta in questi due casi male osservati, si crede autorizzato alle seguenti conclusioni:

1. La semplice operazione, relativamente senza pericolo, reca temporariamente tale sollievo, che anche per questo solo vantaggio viene giustificata la sua effettuazione ed anche la sua ripetizione.

2. L'atassia muscolare per sè sola non autorizza all' operazione, poichè per questa, se essa in generale viene migliorata, lo è solo di poco. (*The American journal*, ecc.). *Tambroni.*

Due casi di stiramento del nervo facciale; *per L. Carter Gray.* — 1. Tic doloroso grave, persistente da sedici anni, i cui accessi s'iniziavano sempre con spasmi muscolari lun-

go il mascellare inferiore. — L'A. provò quindi, se lo stiramento del nervo motore della faccia avesse un' influenza sugli accessi dolorosi; ma non solo non ottenne alcun miglioramento, bensì un peggioramento dei dolori e della paralisi facciale con reazione di degenerazione « *Entartungsreaction.* »

2. Movimenti coreiformi, persistenti da 10 anni in ambedue le mani e in ambedue le metà della faccia. — Lo stiramento di un nervo facciale ebbe per conseguenza la paralisi coi segni elettrici della *reazione di degenerazione.* Per qualche tempo non tornarono più i crampi in ambedue le metà della faccia, ma dopo cinque settimane circa, tornarono di nuovo.

Seguono osservazioni sulla tecnica della operazione. (*The American journal of Nevrology and Psichiatry*, vol. 1, p. 514).

Tambroni.

Un caso di atetosi curato collo stiramento del nervo; *per G. W. Hammond.* — L'operazione riguarda il caso originale di *atetosi*, che l'A. descrisse nel 1869 e che ha riportato nel suo trattato. L' affezione comprendeva il braccio destro e le dita rispettive ed ha persistito senza alcun miglioramento fin dalla prima volta che l'A. ne fece la descrizione.

Il 27 maggio 1882 fu messo allo scoperto il nervo mediano di destra, in corrispondenza della metà del braccio, e fu fortemente stirato. *Subito* dopo l' operazione i dolori nel braccio cessarono, ed il paziente allora fu anche una volta in grado di aprire a poco a poco la mano e di dare alle sue dita tutte le posizioni desiderate, senza che per questo comparissero i violenti movimenti di prima. Il paziente migliorò anche ulteriormente e da quel giorno ha acquistato nuova forza ed abilità in un braccio, che da 20 anni e più era stato pressochè inutile. Egli apprese nuovamente a scrivere e a vestirsi da sè.

Li accessi epilettici, ai quali il paziente, prima della operazione, andava soggetto cinque o sei volte circa la settimana, non sono più tornati, neanche una volta. La publicazione datava da quattro settimane dopo l' operazione. (*The American journal*, cit.).

Tambroni.

BIBLIOGRAFIA

Contributo sull'esistenza della follia morale — *pel dott.* PIETRO BRANCALEONE RIBAUDO, *medico chirurgo del Manicomio di Palermo.* — (Dal *Pisani*, *Gazzetta sicula di scienze mediche e psicologiche.* Anno 3.°, dicembre 1882).

Essendo fra li argomenti da trattarsi nel prossimo Congresso freniatrico di Voghera all'ordine del giorno quello sulla pazzia morale, mi è sembrato opportuno di riassumere in poche righe quanto l'egregio dott. Brancaleone venne recentemente esponendo nel suo contributo sull'esistenza della medesima.

L'A. ammette la pazzia morale: ne trova cenno in Celso e Galeno e cita li alienisti posteriori che ne trattarono, fra cui Grohmann e Prichard, che riconobbero un disordine morale indipendente dall'intellettuale.

Conviene che in questa specie di pazzia sono lesi la vita affettiva ed il senso morale, mentre si conserva tanto di raziocinio da mascherare la falsità del giudizio d'onde scaturiscono li atti lesivi all'ordine sociale; che data l'incapacità di formarsi criterj estetici, giudizj e concetti corretti, l'impulso istintivo si impone alla volontà, lasciando sussistere il concetto dell'utile e del nocivo (ma dedotto solo dal processo logico); che sciolto il freno agli istinti egoistici dei sensi, insieme ad uno smodato orgoglio, allo spirito di ribellione ed all'insensibilità per il bello e generoso, prende il sopravento nel pazzo l'impulso sbrigliato di sodisfare il solo suo interesse individuale, impiegando ogni sua energia per questo suo objettivo materiale per quanto sia in collisione colle leggi sociali, col publico diritto e cogli interessi e sentimenti degli altri.

Che i matti di questa specie sono mutabili di carattere, eccentrici, paradossali, eccitabili all'eccesso, non suscettibili di affezioni ed inclinati alle stravaganze ed allo scandalo, mostrando in pari tempo tanta lucidità di mente, da sostenere con lusso di logica e di erudizione le teorie più immorali, più abjette e ledenti l'ordine sociale, colle quali intendono di giustificare la loro depravazione, che proclamano legitima ed impunibile.

Ignari del bene e del male, ricorrono all'ipocrisia ed alla men-

zogna, se loro giovano, e perciò stesso imprudenti nel mal operare, così da non prevedere i danni, a cui vanno incontro: in queste condizioni, se sono donne, finiscono di solito nei bassi fondi della corruzione, se uomini, divengono malfattori e poi ospiti degli ergastoli.

I segni di questa *morale aberrazione* trapelano fin dall'infanzia per certo carattere eccentrico avverso alle relazioni ed abitudini domestiche, per la tendenza al mal fare, per l'astuzia, la menzogna ed il cinismo nello scusare e coprire le colpe, per l'incorreggibilità, l'oziosaggine ed il vagabondaggio.

L'A. aggiunge, che alcuni di questi disgraziati talvolta nella loro giovinezza si mostrano svegliati di intelletto, tanto da apprender bene un'arte, intanto che d'altra parte non lasciano di essere viziosissimi ed inaccessibili alle correzioni. All'età del raziocinio l'idea in loro della reità è travisata dalla loro morale affievolita ed egoistica e considerano li atti criminosi come divieti assurdi della legge.

Pertanto la differenza fra i veri delinquenti e questi soggetti morbosi, secondo l'A., sta in ciò, che i primi all'impulso che spinge l'individuo all'atto malvagio possono opporre la forza abituale della volontà, mentre i pazzi morali, subendo l'influenza della loro organizzazione cerebrale male plasmata, la loro volontà è impotente a reprimersi dal commettere l'atto delittuoso, che essi in ogni caso non possono considerarlo tale, dacchè sono influenzati da un difettoso apprezzamento morale, derivante da una condizione patologica del centro intellettivo, per il che le loro azioni non sono giuridicamente condannabili.

L'A. attribuisce la ripugnanza dei magistrati ad ammettere la pazzia morale alla loro proclività a non veder altro che delinquenti, a qualificare come pietismo in questi casi l'opera dei medici ed a negare negli imputati un'anomala organizzazione cerebrale, che può trascinarli con irresistibile impulso al delitto. Si aggiunga che i medesimi si attengono per li studj fatti alle ontologiche speculazioni della metafisica, la quale proclama la *libertas consilii*, fondamento giuridico dell'imputabilità, volontà che oggi è ritenuta invece una *risultante di condizioni fisiche preesistenti, determinate in molta parte dalla prevalenza di azione di circostanze esteriori.*

Vi concorre eziandio la incompetente ingerenza dei giuristi nel giudicare le malatie mentali, delle quali, come delle altre ledenti altri organi, è devoluto esclusivamente ai medici il rilevarne l' entità.

Infine le disparità di opinioni sull'essenza di questa malatia e la contradittoria denominazione datale servirono di argomento per negarne l' esistenza.

Da molti osservatori si crede, che alle alterazioni del senso morale corrispondano come cause, anomalie fisiche, quali sarebbero vizj congeniti od acquisiti, ma l'A. ritiene questi difetti nè caratteristici, nè necessarj della pazzia morale, dacchè la loro assenza non la escluderebbe e perchè la presenza loro non lascia vedere un rapporto di vera correlazione fra quelli e questa.

Osserva, che il senso morale non è facoltà elaborata da speciale distretto cerebrale, perchè l' alterazione somatica possa stare in rapporto colla funzionale. Quando esistano anomalie organiche, queste potranno servire nella diagnosi forense a convincere i magistrati dell' esistenza della frenosi, ma saranno poco concludenti pel medico.

Il substrato della pazzia morale, continua l'A., è la mancanza od il pervertimento di quella facoltà, che pone la commune degli uomini nella condizione di conseguire un'idea normale dei loro rapporti col mondo sociale. Questo sentimento o coscienza morale va distinta dalla coscienza filosofica e questa dal calcolo del valore morale degli atti.

E qui combatte la dottrina di molti psichiatri, i quali riguardando anche il senso morale, al pari dell' intelligenza, un prodotto funzionale di una data provincia del cervello (non ancora determinata) credono cogli entusiasti dell'organologia galliana all' esistenza di un organo cerebrale avente l' ufficio di presiedere all' elaborazione del senso morale e quindi capace di alterarsi isolatamente e determinare un primitivo ed isolato turbamento morale senza rapporto colle altre facoltà.

All' uopo l' A. osserva, che il così detto *sentimento morale* lungi dal trovarsi più o meno sviluppato nei selvaggi, come dovrebbe esserlo, dato il supposto organo funzionale speciale distinto, è invece variabile nei varj tempi e nelle diverse razze

non solo, ma può anche vedersi tramutato in modo, che in un tempo o presso un popolo si giudichi corretto ciò, che in altri tempi o presso altri popoli è considerato per pessimo ed immorale.

Adduce l'esempio dei Cafri ed Australiani, che per senso di pietà considerano atto morale l'uccidere od il seppellire vivi i genitori decrepiti, ai quali invece fra i popoli civili si prodiga affettuosa assistenza. Così i popoli dell'Africa e dell'Asia centrale offrono moglie e figlie al forestiero ospitato, che vogliono onorare il più possibile e dal quale crederebbero di ricevere ingiuria se ne rifiutasse li amplessi. La giovane donna di Otaiti, appena gravida, spesso non sapendo di chi, ne fa publica pompa come omaggio alla sua bellezza. L'omicidio, che da noi fa inorridire, un Figien lo riguarda come atto onorifico. Per un Turcomanno il furto è atto meritorio ed obligo religioso. L'Egiziano vanta la sua abilità a mentire e mentisce per il piacere di mentire. La vedova Indiana credesi in dovere di gettarsi sulla pira del marito per dar prova di affetto conjugale.

Di fronte a tanta variabilità e mutabilità di carattere l'A. esclude, che il morale sia un vero senso funzionante speciale di un organo cerebrale, che se fosse tale dovrebbero possederlo tutti.

Passa indi a sostenere, che non esiste in noi un vero senso intuitivo per norma regolatrice, che serva ad apprezzare il bene ed il male; afferma invece, che la nozione del dovere nei suoi rapporti col mondo sociale è un prodotto della mente, che per acquistarlo si richiede un notevole lavoro intellettuale di giudizj, ragionamenti ed esperienza in proporzione della maggiore o minore levatura dell'idea o del concetto morale e che quindi la capacità a procacciarsi le idee di moralità è relativa al grado intellettivo dell'individuo e dell'educazione.

I fattori del così detto sentimento morale, continua l'A., si desumono dal carattere dell'agente, dalla natura dei suoi motivi, dalla qualità dei suoi atti e dai loro risultamenti.

Il carattere dell'agente, fattore essenziale della moralità è variabile secondo le razze, il grado di coltura e di incivilimento

dei diversi popoli; è un risultato di esperienza e raziocinio, epperò una psichica acquisizione.

Rapporto *alla natura dei motivi*, da questi l'A. fa dipendere la volontà come loro emanazione diretta.

La volontà poi, come potere cerebrale, risulta di tre stati successivi o momenti, quali: *di stimolo iniziale o sensazione, di percezione od eccitazione impulsiva e di determinazione dell' atto.*

Ora, ciascuno di questi stati funzionali ha per substrato materiale del suo svolgimento organi e regioni diverse del cervello.

L'A. espone il modo di succedersi l'uno all'altro: nel secondo stadio si deciderebbe della moralità o no dell'atto finale. A questo punto l'adulto può invocare il soccorso del centro cerebrale, che racchiude la così detta *facoltà riflessiva*, la cui influenza sarà in diretto rapporto col grado di coltura intellettuale.

Pertanto un'alterazione di uno o più centri dell'apparato organico cerebrale, di uno o più fili di congiungimento del medesimo produrrà un'irregolarità od atassia psichica, su cui la volontà è venuta a perdere il suo dominio.

Ciò posto, le idee immorali, che fanno determinare la volontà dei pazzi morali rappresentano l'effetto del pervertimento della motivazione, ossia della anormale riproduzione di sensazioni o di idee operanti da motivi.

Così quella madre, che spingeva alla prostituzione le proprie figlie, perchè dominata da un morboso sentimento di lussuria, divenuto in lei motivo dominante, che le faceva desiderare per loro ciò, che ella avrebbe voluto per sè stessa, dimostra essere in lei il pervertimento morale la causa del pervertito motivo.

E qui spetta al frenologo a decidere, se l'azione delittuosa è l'effetto del pervertimento della motivazione, o di volontaria e cosciente inclinazione ed abitudine al male.

La qualità degli atti, che è il terzo dei fattori della loro moralità è modificabile in ragione dei suoi effetti sul benessere della vita e compenetrasi *nei risultati*, che *ne costituiscono il quarto*. Questo si riferisce alle offese al pubblico diritto.

Dall'esame dei predetti fattori e delle conseguenze variabili di tutti li elementi primi delle sensazioni, percezioni, idee e

volontà emerge, che il senso morale non rappresenta la facoltà peculiare di un distretto encefalico, ma il risultato di un complesso di fenomeni psichici elementari, il disordine dei quali è prodotto però sempre da alterazioni sia chimiche, sia dinamiche elaboratesi nei rispettivi centri coordinatori o trasmissori e che quindi da tale anormalità può derivare l'esaltamento, il pervertimento o l'annullamento del così detto senso morale, d'onde appunto la forma frenopatica di pazzia morale.

In merito alla quistione controversa, se la pazzia morale sia un' entità morbosa distinta oppure un' epifenomeno od una gradazione delle communi frenosi, dopo esposte le discordi opinioni in proposito emesse dai più distinti alienisti, l' A. si schiera con quelli, che riguardano la pazzia morale qual frenosi tipica, adducendo argomenti di riduzione, di confronto e di confutazione.

Egli accorda, che in molte psicopatie insieme ad altri sintomi clinici possa trovarsi consociata l'alterazione del senso morale, ma che quando questa è in prevalenza e può mostrarsi in relazione con difetti organici, ai quali possa imputarsi l' offesa di uno o più dei varj momenti genetici del senso morale, quando il corso del male si vede che è progressivo, che vi è ereditarietà, tirannia di organizzazione e si può avere per guida l' anamnesi prossima o rimota, allora secondo l' A. questa frenosi si può ammettere come entità morbosa distinta e ciò con sicurezza ancor maggiore, se si aggiungano i criterj esclusivamente psicologici, quali, le tendenze irresistibili, l' incoerenza degli istinti non diretti che dal proprio interesse, la fatalità e subitaneità con cui erompono, l' enormezza, l' imprudenza, la sbadataggine e la crudeltà con cui vogliono essere appagati ed infine il cinismo nel parlarne e confessarli, l' indifferenza, freddezza d' animo e l'absenza di ogni pentimento.

In base alle esposte argomentazioni l'A. fornisce due esempj pratici di frenosi di cui è parola, in uno dei quali il pervertimento morale è associato a tutte le note fondamentali dell'imbecillità e nel secondo è il sintomo esclusivo che riveli l'eccentricità del soggetto, che viene così a scostarsi dalla commune degli uomini e che presenterebbe il tipo della vera pazzia morale.

Conchiude dividendo l' opinione di coloro che in questa fatta

di alienazione mentale reclamano l'assoluta irresponsabilità, constatato che negli infelici, che ne sono colpiti, per il loro stato anormale di mente, a cui si connette il difetto di quei processi logici elementari, che mutilano il concetto del carattere morale di un atto, vengono inceppate le manifestazioni volitive, cioè la *libertas consilii* e la *libertas judicii*, fondamento giuridico di ogni responsabilità penale.

L'A. ha fatto certamente un buon lavoro, ma reca meraviglia, come avendo voluto dare la storia della pazzia morale, abbia tralasciato qualsiasi cenno riguardo alle larghe ed animate discussioni su questo argomento agitatesi in seno al Congresso freniatrico di Reggio-Emilia del 1880. *Chi.....*

Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva.

Ho già fatto conoscere ai lettori dell'*Archivio* (fascicolo 5.°, settembre 1882) un pregevole lavoro del dott. Buccola sui *delirj sistematizzati primitivi*. Lo stesso dott. Buccola col prof. Morselli recentemente ha publicato un nuovo studio *sulla pazzia sistematizzata primitiva* la quale sarebbe caratterizzata da *uno stato cronico senza rapido indebolimento mentale*. Questo indebolimento potrebbe anche non raggiungere quel grado che consegnita alla mania ed alla melancolia, e potrebbe anzi mantenersi negli stessi limiti per tutta la vita. Tale psicopatia sarebbe pressochè inguaribile.

Li Autori insistono per dimostrare l'erroneità della scuola francese di ritenere i *monomaniaci*, che entrerebbero nella numerosa famiglia dei pazzi sistematizzati, come affetti da delirio parziale, circoscritto, accordano tuttavia la possibilità, benchè rara a verificarsi, che vi siano individui che offrono un gruppo *solo* di idee e di tendenze maniache, *idee fisse*, *tendenze impulsive*, ma considerano questi pochi casi come *forme abortive* di delirj sistematizzati.

Insegnano che talora il solo criterio che differenzii il delirio *sistematizzato primitivo* da uno *secondario*, è lo *storico-genetico* che consiste nell'accurato esame anamnestico e nella minuta osservazione delle varie fasi della malatia.

Ascrivono la pazzia sistematizzata alle *psicosi degenerative* in base all'eziologia ed alla sintomatologia, con Krafft-Ebing, Schüle, Ardut e con molti alienisti americani fra cui Spatzha, Fenn, Beard. In Francia ed in Italia non sarebbe stata studiata.

Li Autori credono di potere annoverare alla pazzia sistematizzata le *monomanie intellettuali*, le *frenosi sensorie*, quando le allucinazioni però non ingenerano mania o melancolia, molte forme di *melancolia* in cui evvi delirio persecutivo, molte *frenosi ipocondriache*, alcuni casi di *frenosi isterica* con persistente delirio erotico, i casi nei quali predomina il sintomo della *claustrofilia* e della *claustrofobia*, i *temperamenti pazzeschi*, i *mattoidi*, i *folli*, i così detti *grafomani*, molti *pazzi lucidi* e *ragionanti* della scuola francese, gli *eccentrici*, i *bizzarri* ed *originali di spirito*.

Passano poi in rassegna le forme più comuni di delirio sistematizzato che, come ho già fatto notare nella precedente rivista della memoria del Buccola, sarebbero quello di *persecuzione*, di *grandezza*, ecc.

Lo studio è illustrato da cinque storie mediche, in tre delle quali si ravvisa la *forma originaria* del Sander ed in due una forma che si svolge tardi, dopo che un individuo ha dato segno di normali funzioni psichiche, senza precedenza di mania o di melancolia, per l'influenza di qualche causa occasionale che per la donna è spesso la *menopausa*.

Attualmente la pazzia sistematizzata sembra abbia tendenza a diffondersi; la forma originaria, che li Autori in una classificazione collocherebbero volentieri vicino alle frenastenie, sarebbe più rara; nella maggioranza dei casi si riconosce però la disposizione ereditaria. (Dal *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, fascicoli 4 e 5, aprile e maggio 1883).

Dott. *G. B. Verga*.

Sulle compensazioni funzionali della corteccia cerebrale. — *Contribuzione sperimentale.* — Reggio-Emilia, 1883.

Il prof. L. Bianchi di Napoli tende ad abbattere nel suo lavoro l'asserzione di Goltz, secondo il quale il pronto ripristinarsi delle funzioni che vengono disturbate od abolite negli ani-

mali a cui furono esportate o distrutte quelle parti di corteccia cerebrale che sembrano deputate al compimento delle funzioni stesse, destituirebbe d'ogni valore la dottrina delle localizzazioni stesse.

Io non seguirò il giovane e già chiaro Autore, chè mi dilungherei più che non lo consenta una semplice rivista e non farei che scemare il pregio d'uno studio che merita di essere conosciuto nella sua integrità, specialmente da coloro che non si sentono ancora favorevolmente predisposti verso una teoria che apportò una grande rivoluzione nella fisio-patologia dei centri nervosi. Mi limiterò quindi ad enunciare i problemi che il valente sperimentatore si prefisse di risolvere e le conclusioni alle quali approdò.

L'A. avrebbe dimostrato: I. Che la guarigione della « paralisi consecutiva ad una larga distruzione della zona motrice nei cani non è che apparente e parziale, solo la locomozione e li atti correlativi si reintegrano, ogni altro movimento in differenti condizioni resta permanentemente (per mesi) abolito, e la forza resta permanentemente difettosa. »

L'A. avrebbe rilevato che, mentre nei cani opportunamente operati si avrebbe in breve *la guarigione dei sintomi immediati all'operazione*, se questi vengono sospesi pel tronco, gli arti del lato opposto si mantengono in una immobilità pressochè assoluta anche se vengono stimolati. La guarigione non sarebbe quindi che apparente.

« II. Che le pareti circostanti ai punti eccitabili della zona motrice degli arti rimaste integre in seguito alla distruzione limitata, possono in qualche modo compensare la funzionalità della parte distrutta senza che acquistino la eccitabilità elettrica risolventesi sulle parti stesse, il cui centro fu esportato. »

L'A. si persuase coi suoi molteplici esperimenti che l'area motrice non è solo rappresentata dalle zone eccitabili collo stimolo elettrico.

« III. Che la locomozione non è rappresentata da centri proprj nella corteccia del cervello nei cani; in questi la zona motrice corticale può essere distrutta senza che segua alcun disturbo duraturo nella locomozione. »

Bisogna, secondo l'A., nella giusta interpretazione dei fatti distinguere la semplice locomozione, i movimenti associati, automatici, abituali dai volitivi cioè, determinati da un processo psichico.

« IV. Che nei cani, nei quali fu distrutta largamente la zona « motrice di un lato, l'emisfero opposto, e specialmento la zona « motrice, influisce sui movimenti degli arti di entrambi i lati. »

« V. Che nel periodo di sviluppo la zona motrice corticale « può assumere nei cani le funzioni del cervelletto distrutto in « gran parte. »

L'A. diresse la sua osservazione anche sui centri corticali della vista ed avrebbe conchiuso:

« *a*) Che le fibre della retina di ciascun occhio vanno in « gran parte al centro corticale dell' emisfero opposto, in minor « numero a quello dell' emisfero dello stesso lato;

« *b*) Che il centro visivo corticale dei cani è molto esteso, « comprendendo tutta la seconda circonvoluzione esterna dalla « sua estremità anteriore fino al lobo occipitale, compreso questo « e parte della prima e terza circonvoluzione esterna (*parte media e posteriore*);

« *c*) Che la compensazione si fa dalla parte rimasta integra « del centro corticale parzialmente distrutto dello stesso emisfero. Affatto o molto dubiamente vi contribuisce il centro « dell' opposto emisfero. »

L'A. chiude il pregiato suo lavoro con delle considerazioni generali, e si crede autorizzato a formulare la seguente legge: « Una « paralisi corticale è tanto più grave, quanto più estesa è la « lesione dei lobi anteriori del cervello tra certi limiti non per « anco determinati.

Da questo trae l' ipotesi che: « li elementi centrali d' in- « nervazione per un dato organo di moto sono difusi su tutta « la zona motrice, e solo in alcuni punti si trovano più adden- « sati, costituendo le così dette zone eccitabili, che fin qui er- « roneamente sono state considerate come li unici centri ri- « spettivi corticali di determinati gruppi di muscoli o di un de- « terminato arto. »

Dopo avere discusso sull'erroneità di ritenere le zone motrici come veri centri psico-motori, e come le osservazioni del Golgi,

le quali secondo l' illustre istologo distruggerebbero la base anatomica della dottrina localizzatrice, non sono in contradizione colla suddetta dottrina, riassume nei seguenti corollarj il frutto di due anni di studio e di molteplici esperienze istituite sui cani:

« 1. Vi è una zona corticale nel lobo anteriore del cervello, « che non ha limiti determinati, ma che non va più in là di un « centimetro indietro del limite posteriore della circonvoluzione « postcruciata del cane, che contiene elementi motori per tutta « la muscolatura della metà opposta del corpo.

« 2. Su questa larga superficie corticale solo alcuni punti « sono eccitabili, il restante pur contenendo elementi motori, « non lo è.

« 3. Tali gruppi muscolari sono rappresentati bensì in aree « distinte nei limiti di questa zona, ma lo sono pure più spar- « samente in tutta la restante zona, in modo che nelle distru- « zioni parziali quello che rimane della detta zona, compensa in « parte le funzioni di quella stata distrutta.

« 4. Solo le esportazioni estese sopra una gran parte della « zona motrice danno luogo a disturbi motori-permanenti.

« 5. La zona motrice dell' emisfero sano fino ad un certo « punto compensa la funzione perduta dell' emisfero mutilato, « non per assunzione di una funzione nuova, bensì per la pree- « sistenza di rapporti anatomici con i muscoli dello stesso lato, « e di elementi anatomici omologhi.

« 6. La locomozione non è una funzione della corteccia co- « me mecanismo od altro motore, bensì solo come impulso mo- « tore, generandosi nelle sfere sensoriali ed intellettive.

« 7. I disturbi di senso tattile con limitata asportazione « delle zone motrici, non sono assolutamente dimostrabili nei « cani.

« 8. Sul cervello dei cani evvi una zona promiscua motrice « e sensoriale, e questa zona è la branca anteriore della seconda « circonvoluzione esterna, la quale viene asportata insieme al « giro sigmoide, e rende la emiplegia più grave, e viene estir- « pata sola, e disturba la motilità del cuore non che la vista.

« 9. Il centro della vista è rappresentato da una larga esten- « sione della corteccia, la quale può dividersi in tre segmenti;

« la estirpazione isolata di ognuno di essi equivale alla estirpazione del tutto con effetto temporaneo, e quello che rimane « di tutto il centro, vale a ristabilire la vista.

« 10. La estirpazione di tutto il centro corticale della vista « come da me considerato, equivale al taglio del segmento posteriore della capsula interna; produce disturbi visivi permanenti. La compensazione dunque si fa dallo stesso emisfero « cerebrale quando la lesione è circoscritta, e non dall'emisfero « opposto.

11. I disturbi visivi provocati con l'estirpazione corticale « non sono l'ambliopia dell'occhio opposto, ma sempre emianopsia bilaterale. Ogni occhio è rappresentato sui due emisferi, « più nell'emisfero opposto, meno sull'omonimo.

« 12. La vista è funzione complessa, risultante da più momenti elementari, rappresentati in differenti zone corticali, le « quali si compensano, quando una o più di esse vengono distrutte, col ristabilirsi della visione. Il movimento volitivo « è pure un fatto complesso, di cui tutti i momenti psichici « restano inalterati in seguito alla distruzione della nota zona « motrice, con la quale vengono aboliti li elementi motori, che « rappresentano l'ultima stazione, nella quale il senso e tutti « li altri atti psichici che ne derivano, si trasformano in forza « eccito-motrice, e vi trovano le disposizioni anatomiche e funzionali adatte alla differenziazione e alla coordinazione dei « movimenti.

« 13. Il concetto delle localizzazioni in genere non deve assumersi nel senso assoluto della parola, bensì relativo, in « quanto che da una parte di nessuna funzione cerebrale sono « stati determinati assolutamente i limiti anatomici, e dall'altra nessuna funzione si compie normalmente se non col « concorso di tutti i processi elementari, di cui quella, come « fenomeno apparente, è l'ultima espressione; mentre parallelamente l'area anatomica, da cui sembra esplicarsi, è l'ultima « stazione, al cui normale funzionamento concorrono tutte quelle « che precedono, dove la materia prima o la forza indistinta, « assumendo nuovi caratteri si determina sempre più in quella « forma che nelle diverse gradazioni della vita viene a colpire « i nostri sensi e la nostra intelligenza, la cui forza analitica fin

« qui è rimasta ancora di molto inferiore alla complessità del « fenomeno. » (*La Psichiatria, la Neuropatologia e le scienze affini. Gazzetta trimestrale*. diretta dal prof. G. Buonomo e redatta dal dott. L. Bianchi. Napoli 1883. Anno I, fasc. I e II).

Dott. *G. B. Verga.*

I reflessi tendinei studiati nello stato fisiologico, nelle malatie nervose, nelle frenopatie — *del dottor* GIUSEPPE SEPPILLI, *medico-capo del Manicomio d'Imola*. (*Dall'Istituto Psichiatrico di Reggio*).

L'A. premette un cenno storico dei *reflessi tendinei*, citando le osservazioni fatte da diversi autori dal 1862 in avanti sul fenómeno di tremore, che si manifesta in casi patologici, quali di sclerosi a placche, di paralisi o paresi degli arti inferiori o di compressione del midollo o di lesioni spinali, quando uno dei piedi venga tenuto da mano altrui nel senso della flessione. Simile tremore si osservò eziandio nel braccio, sollevando quello di un emiplegico.

In seguito vi fu chi nella diagnosi delle affezioni spinali trovò importante l'esame della contrazione dei muscoli, provocata coll'eccitamento mecanico dei rispettivi tendini: così riguardo al muscolo quadricipite del femore ed ai muscoli del piede, battendo sul tendine rotuliano, si produce nel primo una contrazione e colla flessione dorsale del piede si provocano nei secondi delle contrazioni cloniche ritmiche. Mano mano poi questi studj furono continuati su larga scala dal punto di vista fisiologico e patologico.

Per reflesso tendineo l'A. intende in genere la brusca contrazione dei muscoli che producesi coll'eccitamento mecanico del loro tendine; questa si provoca percuotendo con un martelletto da percussione, ovvero col dito indice od annulare piegato ad angolo retto o col margine cubitale della mano.

Il reflesso tendineo tipo è quello del quadricipite estensore della gamba detto *reflesso patellare* o del tendine rotuliano o del ginocchio. Per ottenerlo si fa sedere il soggetto con una gamba accavallata sull'altra in modo che sia abbandonata a sè stessa, oppure si mette l'individuo in posizione orizzontale, ma

coll'arto inferiore semiflesso, che l'osservatore ha cura di sostenere con una mano sotto il cavo del ginocchio: allora percuotendo sul tendine rotuliano, la gamba si estende improvvisamente sulla coscia per ritornar subito alla sua primitiva posizione. Il legamento patellare è il punto più sensibile per eccitarvi la contrazione.

Il reflesso tendineo del piede si produce percuotendo sul tendine d'Achille. Per determinarlo si mette il paziente sul decubito laterale coll'avvertenza di tenere semiflessi e rilasciati li arti inferiori, quindi con una mano gli si flette leggiermente un piede, mentre coll' altra si percuote sul tendine d' Achille, al quale mettono capo i muscoli della gamba: questi in seguito all' eccitamento si contraggono e fanno abbassare il piede, ciò che chiamasi reflesso del tendine d' Achille o plantare. Effetti analoghi si ponno determinare in altri muscoli.

Nello stato normale per altro questi fenomeni variano di intensità e di frequenza nelle varie parti del corpo, come pure da individuo ad individuo.

L'A. esposti i risultati positivi e negativi ottenuti da varj esperimentatori sopra gran numero di adulti e bambini, ne ritrae per regola generale, che « nelle condizioni normali il re-
« flesso rotuliano, salve poche eccezioni, non manca mai; che
« quello del piede è meno facile a provocarsi; che l'eccitamento
« dei tendini nei muscoli del braccio e dell' avambraccio dà
« luogo alla corrispondente contrazione muscolare, ma questa
« specialmente nell' avambraccio si manifesta con maggior dif-
« ficoltà ed evidenza minore che nei muscoli della gamba e del
« piede. »

In ordine ai significati patologici dei reflessi tendinei questi secondo l'A. possono riscontrarsi *aumentati*, *indeboliti* od *aboliti*.

L'esaggerazione del reflesso del piede eccitato coi mezzi esposti presenta una serie di contrazioni ritmiche brevi, rapide di estensione e di flessione con aspetto di vero tremore, capace talvolta di investire tutto l'arto corrispondente; la durata del fenomeno non è costante.

La maggiore intensità del *reflesso rotuliano* si appalesa con una estensione brusca e forte della gamba sulla coscia susseguita da oscillazioni ritmiche.

Data l'eccitabilità eccessiva dei muscoli i riflessi tendinei si possono provocare anche in altri muscoli, che di solito non reagiscono. Così in varie malatie si ottenne il clono della mano, del braccio, del femore, ecc. Talora i muscoli stessi rispondono all'eccitamento meccanico diretto sulle ossa, sui legamenti e sulle aponeurosi con cui sono in rapporto più o meno intimo: così si hanno i *riflessi periostei*, *riflessi a distanza*, *periostei incrociati* osservati da Westphal: tal altra i fenomeni muscolari oltrepassano il limite della regione stimolata e l'A. ne porge due esempj.

È rilevante l'esaggerazione dei riflessi tendinei nella *paralisi spinale spastica di Erb* o *tabe dorsale spasmodica di Charcot*; qui i fenomeni tendinei oltre acquistare un' intensità straordinaria, sotto li stimoli meccanici si suscitano contrazioni anche in altri muscoli insensibili nello stato ordinario: la minima eccitazione basta a provocare il clono del ginocchio, del piede e talvolta anche della mano, come pure la contrazione del bicipite e del tricipite brachiale, del lungo supinatore, dei flessori delle dita, degli adduttori della coscia, del tibiale anteriore e posteriore, ecc., collo stimolare meccanicamente i tendini.

Lo stesso aumento si nota nella *sclerosi laterale amiotrofica di Charcot*, nella *sclerosi a placche* in epoca inoltrata della malatia.

Nelle *emiplegie di origine cerebrale*, le lesioni a focolajo di certe parti dell'encefalo possono col tempo produrre delle *degenerazioni secondarie* nel midollo spinale, dalle quali deriva la contrattura delle parti paralizzate: ora nel suo periodo prodromico è rilevante l'eccesso dei riflessi tendinei nei muscoli paralizzati. L'A. ne cita due casi osservati da Charcot. Avvenuta poi la contrattura negli arti emiplegici, di solito si fa costante l'eccessiva manifestazione dei fenomeni tendinei.

Qui l'A. narra un caso appunto di paralisi da pregressa apoplessia con susseguente contrattura e straordinaria ginnastica clonica negli arti superiori ed inferiori del lato sinistro. Ne aggiunge un altro, che diede li stessi risultati anche in mancanza di contrattura, e rammentato un fatto consimile descritto da Brissard, ritiene con altri trattarsi qui di contrattura latente.

Il tempo di reazione dei riflessi si è visto variare fra il lato

emiplegico con contrattura ed il lato sano. Come pure non si manifesta sempre il fenomeno in tutto il lato emiplegico. Riguardo al periodo d'aumento dei reflessi tendinei, si notò, che questo può apparire anche poco dopo l'apoplessia con emiplegia.

L'A. a questo riguardo fa cenno di un caso riferito da Claus e ne fa seguire uno proprio di un tale, cioè, che còlto da apoplessia restò all' istante paralizzato nella metà sinistra del corpo. Dopo diciotto ore dall' attacco i reflessi tendinei al saggio diedero segni di considerevole aumento di reazione nel lato paralizzato: da ciò deduce, che non sempre il giuoco dei reflessi tendinei deve far credere che esista degenerazione secondaria dei cordoni antero-laterali.

Si trovano del pari esaggerati i reflessi tendinei nell'isterismo con emianestesia ed emiparesi. L'A. descrive i fenomeni provocati in un caso tipico di *hysteria major*, nel quale si ebbe il tremore epilettoide degli arti sottoposti alla prova della percussione. Egli nota, che si producono questi effetti senza che sianvi segni di contrattura muscolare: ne cita esempj ed aggiunge, che la responsione esaggerata dei reflessi tendinei precede la contrattura isterica o si sviluppano insieme d' un tratto.

La stessa esaggerazione si appalesa anche nella *corea*; spesso nella *mielite da compressione*, in *quella acuta*, nella quale l'A. distingue il modo di comportarsi dei reflessi tendinei secondo la località che occupa il processo morboso; infine nella *mielite cronica.*

All' esaggerazione dei reflessi tendinei nelle malatie cerebrospinali spesso si associano fenomeni muscolari di natura irritativa, quali la rigidità, le contrazioni spasmodiche e la contrattura. Viceversa i reflessi tendinei sono *diminuiti* ed anche *aboliti* nell'*atassia locomotrice* o *tabe dorsale*, però con qualche eccezione e varianti in casi speciali notati da diversi osservatori, interessanti il diagnostico e le distinzioni secondarie. Vengono in seguito la *paralisi infantile*, la *spinale degli adulti*, alcune forme di *atrofia muscolare progressiva* costituenti le *polimieliti* anteriori acute o croniche; anche qui si notarono dagli autori delle eccezioni e varianti e talora secondo che è colpito o no il rigonfiamento lombare: indi la *paralisi difterica*, in cui l'abolizione dei reflessi tendinei può essere temporaria.

L'A. studiò poi i reflessi tendinei nelle varie forme di alienazioni mentali in 178 alienati, di cui 91 donne ed 87 uomini. In numero di 38 erano maniaci, lipemaniaci agitati e dementi agitati: 28 affetti da lipemania semplice; 33 da demenza primitiva o consecutiva tranquilla; 12 da stupore; 26 da frenosi pellagrosa; 22 da imbecillità e da idiozia; 10 da paralisi progressiva e 14 da epilessia con disturbi mentali.

Lasciando da parte i paralitici l'A., trovò, che il reflesso rotuliano in tutte le dette forme è un fenomeno frequente, ma che però la sua intensità non è eguale in tutti i casi, tanto che si hanno i gradi di *distinto*, *discreto* e *debole*.

In base a ciò l'A., di 150 soggetti lo trovò distinto in 88, discreto in 41 e debole in 21. Anche qui non mancano le eccezioni e le varianti.

In genere per altro risultò, che il reflesso rotuliano *distinto* prevalse nelle frenopatie a tipo maniaco e che nelle altre forme a tipo di depressione fu maggiore nelle frenosi pellagrosa ed epilettica; come pure nell' imbecillità e nell' idiozia. Qui l'A. ne porge uno specchio.

Il reflesso plantare esplorato in 152 pazzi mancò 25 volte, negli altri variò di intensità; nè più evidente apparve il reflesso patellare. Così che i risultati sui pazzi non furono molto diversi da quelli ottenuti da Berger sui sani.

Qui l'A. nota « che nessuno dei malati in cui mancò il reflesso « patellare, offriva segni di tabe o di altre lesioni spinali. »

Reflesso patellare e reflesso del piede diedero molte varianti, irregolarità e disarmonie di produzioni: in nessun caso poi si manifestarono in grado da dar luogo al clono del ginocchio o del piede.

Negli arti superiori l'A. esplorò i reflessi tendinei del *bicipite* e del *tricipite*: nel primo sono più facili a provocarsi ed anche più spiccati: non mancò che 10 volte in 120 soggetti: nel tricipite 75 sopra 111 casi e ciò negli stessi malati già esperiti per il reflesso patellare e plantare.

Anche qui le risultanze coincidono con quelle trovate da Berger sui sani di mente, meno che nei pazzi la proporzione apparve maggiore fra l' eccitabilità del bicipite e quella del tricipite.

In sette malati l'A. trovò l' esaggerazione dei reflessi tendinei

in grado distinto e ne dà la storia: due, un uomo ed una donna, erano *epilettici con indebolimento mentale*: li altri cinque, *pellagrosi*: due poi di questi, colpiti dal così detto tifo pellagroso; in un terzo si ebbe una marcata vivacità di tali reflessi in convalescenza di polmonite: li altri due anemici e pellagrosi offrirono l' uno pronunciatissimo il *clono del ginocchio* e leggierissimo *tremore clonico del piede* e l' altro anche viva reazione del braccio e avambraccio.

Dai fatti esposti l'A. constata che i pellagrosi stanno in prima linea nell'esaggerazione dei reflessi tendinei.

Ritornando agli epilettici, trovò che di 14, fu nullo in due il reflesso rotuliano, in uno esaggerato (clono del ginocchio), in otto distinto e vivace, in tre di intensità mediocre. Il reflesso plantare fu muto in due casi, esaggerato in due altri, distinto in quattro e piuttosto debole in cinque. Le prove si fecero durante la tregua degli attacchi convulsivi e dopo svanita ogni traccia di essi, notando, che secondo li esperimenti di Beevor il clono del piede sarebbe frequente se si agisse subito dopo l' accesso epilettico.

Dopo aver citati i risultati delle ricerche fatte da diversi clinici sull' eccitabilità dei reflessi tendinei nelle malatie spinali e quindi nella paralisi progressiva, l'A. dà notizia sotto lo stesso rapporto di dieci casi di questo genere: quattro dei paralitici presentarono l' aumento dei fenomeni di reflessione tendinea, l' uno, cioè, il *reflesso pateliare* vivacissimo; il secondo il *clono del ginocchio;* il seguente il *clono della mano e del piede* e l' ultimo il *clono del piede* ed un leggier movimento *clonico* delle gambe sulle coscie. Egli assegna parte di questi fenomeni ad ipereccitabilità delle fibre muscolari.

All'opposto nella demenza paralitica i reflessi tendinei possono essere indeboliti. L' A. ne reca due esempj, ai quali dopo alcuni riflessi fa succeder la storia di un caso di assoluta abolizione dei reflessi tendinei degli arti superiori in un malato di paralisi progressiva. L' autopsia fece palesi gravi guasti cerebro-spinali.

Analoghi esempj furono descritti da Claus, atti a confermare che nelle alterazioni del midollo spinale è abolito il reflesso del ginocchio, quando sono lesi i cordoni posteriori e compresa nella lesione la regione lombare. *Chi.....*

La legge del tempo nei fenomeni del pensiero. — *Saggio di psicologia sperimentale di* GABRIELE BUCCOLA, *docente di psichiatria nella R. Università di Torino.* — Con incisioni e tavole litografiche. Milano, 1883.

Faciamo di cappello a questo bel libro, che supera per importanza e novità quanto di meglio si venne publicando in Italia sui fenomeni psichici. È un libro serio e coscienzioso e insieme chiaro ed elegante, che vincerà il tempo e lo spazio e farà onore alla psichiatria italiana.

Un tal libro non è suscettibile di riduzione. Bisogna leggerlo e meditarlo. Epperò ogni biblioteca di filosofo e di medico alienista deve andarne proveduta.

Il dott. Buccola, atto per la sua felice organizzazione cerebrale tanto alle analisi più sottili quanto alle sintesi più comprensive, seppe rompere la cerchia delle tradizioni metafisiche della psicologia, e studiare col metodo sperimentale imprentato alle scienze biologiche i fattori del processo psichico elementare.

Edificare la psicometria! Disciogliere ne' suoi elementi il contenuto della coscienza, esaminare questi elementi secondo le loro proprietà qualitative e quantitative e indagare le relazioni di coesistenza e di successione dei medesimi! Tutto questo per lungo tempo fu un sogno, un' utopia. Il solo parlarne poteva essere pericoloso. Ebbene, il dott. Buccola, in questo libro, non solo in maniera netta e precisa espone quanto si è scritto prima di lui su così arduo argomento, massime per opera dei tedeschi, passando il tutto al vaglio della sua finissima critica, ma vi aggiunge il frutto delle sue originali ricerche, riassumendo brevemente i lavori da lui anticipati alla *Rivista sperimentale di freniatria* di Reggio-Emilia, ai *Rendiconti del R. Istituto lombardo di scienze e lettere*, e ad altri periodici.

Havvi di più. Il dott. Buccola non si contenta di trattare il problema cronopsicometrico nei sani, misurando il tempuscolo sì degli atti psichici che degli atti riflessi spinali, ma con una audacia che parrà a molti temerità, fa l'applicazione del problema agli alienati, e si sforza di determinare la durata del processo psichico elementare specialmente nell' imbecillità e

nell' idiozia, nelle forme di demenza, nelle forme di esaltamento e in quelle di melancolia, nei delirj sistematizzati primitivi e nelle forme di epilessia. Imagini chiunque abbia la mente ancor preoccupata dell' infinita celerità del pensiero, la delicatezza degli strumenti a cui l'Autore dovette ricorrere, e le grandi e quasi invincibili difficoltà colle quali dovette continuamente cozzare.

L'Autore, seguendo l' evoluzione dei processi psichici, si occupò anche del tempo del discernimento e della determinazione volitiva e ne indicò le variazioni; studiò la durata delle percezioni complesse e della associazione delle idee, e la durata della riproduzione delle percezioni dei movimenti, sì nello spazio visivo che nello spazio tattile, e terminò con uno studio sugli atti inconscienti e sulla memoria organica, facendosi sempre ammirare per l' ordine lucido e per l' evidenza e la semplicità e la proprietà del linguaggio da lui tenuto in materia così astrusa.

Li editori pare abbiano sentita la loro responsabilità nel publicare questo libro eccezionale, e gareggiarono coll'Autore per l'eleganza del formato, per la nitidezza dei caratteri, per la ricchezza delle incisioni e delle tavole litografiche, sicchè io credo di poter affermare che il libro testè publicato dal dottor Buccola vale molto di più di quello che costa. V.

NOTIZIE - VARIETÀ

Società di patrocinio per i pazzi poveri della provincia di Milano. — Il 15 di maggio u. s. questa Società, ormai saldamente costituita, tenne la sua settima seduta ordinaria, e constatò che se l' anno sociale trascorso fu il più triste per il gran numero di *patroni perpetui* perduti, fu d'altra parte il più lieto per il notevole aumento del suo patrimonio; il quale da L. 56,529.77 si elevò a L. 122,881,26, in virtù principalmente dell'eredità Poggiolini.

Dal Rendiconto, or ora publicato, di quella seduta risulta che i sussidj che vennero distribuiti, dal 15 maggio 1882 al 15 maggio 1883, a N. 20 pazzi, dimessi in stato di guarigione o di miglioramento dal Manicomio provinciale, ammontarono tra ordinarj e straordinarj a L. 2,536. 60.

Il Presidente, dott. A. Verga, commemorando i patroni perduti, si arrestò con parole di particolare affetto sulla Poggiolini. « Nessuno, egli disse, ha tanto diritto alla nostra riconoscenza e

ai nostri omaggi, quanto la nobile Giuseppina Poggiolini. Perocchè col suo patrimonio di cui ci fece eredi, avendo essa più che raddoppiato il capitale sociale della nostra Istituzione, può quasi riguardarsi come una seconda fondatrice dell'Istituzione medesima. Essendo dessa inoltre per il suo valore nella poesia emersa prima fra le Muse di Milano, ci fa superbi di appartenere a una Società, che ebbe le simpatie speciali d'una mente privilegiata, d'una donna non comune, stava per dire d'un genio, decoro e vanto a doppio titolo della nostra città. »

Necrologio. — Il 15 dello scorso maggio mancava repentinamente di vita il dottor **Antonio Mainardi**, posto a capo da parecchi anni al Manicomio provinciale di Cremona. Riportiamo ciò che ne diceva nel suo numero del 17 maggio *La Provincia*, giornale politico di quella città:

« Jeri alle ore sei pomeridiane un carro funebre accompa-
« gnato da pochi preti e seguito da alcuni membri del Consiglio
« ospitaliero, e da medici ed infermieri dell'Ospitale Maggiore,
« dipartivasi dalla via Prato e recavasi dapprima al Duomo,
« indi al Cimitero comunale.

« Era la salma del dott. **Mainardi Antonio**, medico pri-
« mario del Manicomio, a cui l'Amministrazione ed il Corpo
« sanitario dello Spedale tributavano le estreme onoranze. Al
« cimitero, dinanzi alla bara, il collega dott. Angelo Monte-
« verdi, medico-capo dell'Ospedale, ne ricordava brevemente i
« meriti, salutandolo per l'ultima volta ed augurandogli lieve
« la terra.

« Il **Mainardi** nato nel 1807, percorse in Cremona gli studj
« ginnasiali e liceali; addottoratosi in Pavia nel 1831, iniziò la
« sua carriera medica presso l'Ospedale Maggiore. Fu per 14
« anni medico-condotto a Vescovato, e nel 1849 nominato me-
« dico di S. Corona, e poco dopo medico primario del Manico-
« mio; quivi prestò l'opera sua fino al 1883, ultimo di sua vita »

L'ottimo defunto era tanto modesto, che non fu conosciuto fuori della sua provincia, dove attendeva indefessamente a disimpegnare l'onorevole e arduo suo cómpito, perseverandovi fin che la morte lo colse ancora vigoroso e alacre.

Quarto Congresso Freniatrico Italiano

Il 20 dello scorso giugno, il Presidente della Società freniatrica italiana, senatore prof. Verga, e il Segretario cav. dott. Biffi, si sono recati a Voghera, la città in cui il 16 del prossimo settembre verrà inaugurato il quarto Congresso dei medici alienisti italiani.

Fu una giornata utilmente e piacevolmente impiegata. Colà in compagnia di quell'egregia Giunta Comunale, nonchè del bravo prof. Antigono Raggi, hanno visitato anzi tutto il magnifico Manicomio che la provincia di Pavia volle erigere nelle vicinanze

di Voghera, tra la strada che conduce a Bobbio e la Staffora, e ne hanno ammirata l'elegante semplicità, i ben divisi comparti, ricchi d'aria e di luce, le gallerie, i commodi sotterranei che disimpegnano i servizj, le officine, le raccolte scientifiche, e quant'altro vi è più degno d'osservazione. Visitarono indi il grandioso Palazzo del Collegio nazionale, nel quale è già stabilito che si terrà il Congresso dei medici alienisti e la Esposizione di freniatria. Visitarono infine l'elegante Casino dei Commercianti e il prossimo teatro, che è tale da far onore anche ad una città più grande.

La Presidenza della Società freniatrica dalle cortesie che le furono prodigate, specialmente da quell'ottimo Sindaco Comm. Gallini, ha potuto assicurarsi con molta soddisfazione che a Voghera le cose verranno disposte in modo che i congressisti vi si troveranno a tutto loro agio, e che anche l'Esposizione avrà largo campo di svilupparvisi. Liete e cordiali accoglienze già si preparano a quanti vorranno intervenire al Congresso, da parte di quella Giunta comunale e dalle generose iniziative di quella buona e civile cittadinanza.

Vi sono in progetto gite piacevoli e istruttive nei dintorni di Voghera, il cui territorio abonda di fonti salutari e di amenissime località. E il Manicomio provinciale di quella città, sotto l'impulso del suo valente direttore prof. Raggi, assecondato da' suoi medici ajuti e dal benemerito Consiglio di vigilanza, si veste a festa per accogliere debitamente i medici alienisti, che certo accorreranno numerosi da ogni parte d'Italia e si troveranno assai contenti che la scelta della sede del quarto loro Congresso generale sia caduta sulla piccola ma bella e gentilissima città di Voghera.

La Presidenza ha già diramati speciali inviti ai membri onorarj e corrispondenti esteri della Società, e lo stesso va a fare per tutti coloro che in Italia coltivano con particolare successo l'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso.

Sarebbe sua intenzione aggregare alla Società, prima che abbia luogo il Congresso, qualche nuovo corrispondente estero, e prega perciò i colleghi che avessero in mente qualche proposta, di volerla inoltrare per tempo, colla debita motivazione, sia al Presidente, sia al Segretario della Società.

Profitta finalmente di quest'occasione per ricordare agli onorevoli relatori sui diversi temi stati proposti dal Congresso di Reggio-Emilia, che le conclusioni dei loro lavori vengano presentate alla Presidenza della Società, entro la prima metà del prossimo agosto, affinchè si possano stampare e diramare a tutti i membri della Società e specialmente a quelli delle singoli Commissioni.

Dottor Serafino Biffi, *Gerente.*

MEMORIE ORIGINALI

LA MALATTIA DI THOMSEN; SUA ANALOGIA COI FENOMENI MUSCOLARI DELL'IPNOTISMO — *pel dott.* G. SEPPILLI, *Medico Capo nel Manicomio d'Imola.*

La malattia di Thomsen, conosciuta anche sotto il nome di *crampo tonico dei muscoli volontarj* e di *rigidità muscolare*, fa parte delle nuove forme morbose da poco tempo stabilite dall'indagine clinica, ma sulla natura delle quali regna ancora molta oscurità. È un argomento assai meritevole di studio, non tanto pel significato fisiologico e patologico dei fenomeni che la caratterizzano, quanto per l' interesse pratico che può offrire ai medici e sovratutto ai medici militari. Nello scrivere quest' articolo fu nostra intenzione non tanto di dare una descrizione della malattia desumendola dalle osservazioni altrui, mancando noi di osservazioni proprie, quanto di mettere in rilievo le analogie che detta malattia ha con alcuni fenomeni dell'ipnotismo, analogie, le quali sono state trascurate fin qui dagli osservatori, ma che, a nostro avviso, presentano una certa importanza, perchè possono portare un po' di luce sulla patogenesi dell' affezione. Noi ne abbiamo già parlato in una Memoria che pubblicammo sul medesimo argomento, nella *Gazzetta degli Ospitali*, ma pur tuttavia non crediamo inutile di tornarvi sopra e di sottoporle all' attenzione dei cultori della nevrologia.

I tratti più caratteristici di questa malattia furono

per la prima volta accennati da Carlo Bell, quantunque soltanto di volo, nella sua opera classica *Sulle ricerche fisiologiche e patologiche del sistema nervoso* (1832): poi li troviamo ben delineati in un caso descritto da Leyden nel suo *Trattato delle malattie spinali* (1866); non che in alcune osservazioni che sono riferite nella prima (1864) e nella seconda edizione (1874) del *Trattato di elettricità* del Benedikt. Però il primo a fare una descrizione molto accurata dei fenomeni caratteristici dell'affezione, a studiarne l'etiologia e la patogenesi, a dimostrarne l'interesse che può offrire ai pratici, fu il dottor Thomsen, cui toccò per somma disgrazia, d'essere colpito dalla malattia insieme a molti altri membri della sua famiglia. Di più, spetta a lui il merito di aver considerato l'affezione come un'entità morbosa a sè, da non confondersi con altri stati patologici. È per queste ragioni che noi troviamo giustificata la denominazione di *malattia di Thomsen*, già usata da molti osservatori che la descrissero, tanto più che la natura dell'affezione ci è ancora oscura.

Dopo la pubblicazione del lavoro di Thomsen che rimonta al 1876, furono registrate altre osservazioni sulla stessa malattia da Seeligmüller (3 casi), da Erb (1 caso), da Bernhardt (1 caso), da Peters (1 caso), da Strumpell (1 caso), da Petrone (1 caso), da Vizioli (2 casi) e da Ballet e Marie (1 caso); in tutto 11 casi. Il Westphal fece recentemente, in una seduta della Società medica di Berlino, una descrizione sommaria della malattia di Thomsen, accennando di volo a due casi di sua osservazione (1). I medici inglesi non hanno

(1) Thomsen. *Tonische Krämpfe in wilkürlichen beweglichen Muskeln, ecc. (Arch. f. Psych. und Nervenkr.* Bd. IV, 1876).
Seeligmüller. (*Deut. Med. Woch.*, 1876, Heft 33 e 34).
Erb. *Ziemssen's Handbuch.* Bd. XI, 3 Theil.

pubblicato nessun caso di malattia del Thomsen. Soltanto il Chapman riassunse gli studj fatti su quest'affezione nel fascicolo di aprile del *Brain* (1883).

Il fenomeno principale, veramente caratteristico della malattia di Thomsen *consiste in uno stato di rigidezza, di contrazione tonica dei muscoli, che si produce nel momento in cui l'infermo vuol compiere un movimento, senza che però si accompagni a nessuna sensazione dolorosa.* L'atto volitivo trova un ostacolo ad effettuarsi immediatamente nella tensione spasmodica dei muscoli, la quale non è mai tale da impedire la contrazione e quindi il movimento.

La rigidezza muscolare ritarda di alcuni secondi la esecuzione dell'atto volitivo motore. Di più succede che i muscoli, tosto che si sono contratti per eseguire un dato movimento, non si rilasciano immediatamente come nelle condizioni ordinarie, ma *rimangono in contrazione per un tempo più o meno lungo.*

Sembra quasi, dice giustamente l'Erb, che esista una forza interna, la quale si oppone alla contrazione volontaria dei muscoli, e che questa stessa forza impedisca al muscolo stesso, una volta che è riuscito a

Bernhardt. *Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie.* (*Wirchow's Archiv.* Bd. LXXV, p. 516).

Peters. *Ueber Muskelsteifigkeit.* (*Deutsche Militar Zeitschr.*, p. 101, 1879).

Strumpell. *Tonische Krämpfe, ecc.* (*Berl. Klin. Woch.*, n. 9, 1881).

Petrone. *Un caso di rigidità muscolare.* (*Rivista sperim. di freniatria e med. legale*, fasc. III, 1881).

Vizioli. *Due casi di rigidità muscolare con lieve ipertrofia.* (*Giornale di neuropatologia*, fasc. 1, 2 e 3, 1882).

Westphal. *Demonstration zwei Fälle von Thomsen'scher Krankheit.* (*Berl. Klin. Woch.*, n. 11, 1883).

Ballet *et* Marie. *Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.* (*Arch. de neurologie*, n. 18, 1883).

contrarsi, di ritornare nello stato di rilasciamento, di riposo.

Questo disordine speciale del meccanismo motore volontario si manifesta tanto nei movimenti più complessi che in quelli più delicati. Si concepisce facilmente come esso debba esporre il malato alle più bizzarre e ridicole situazioni. Così se il paziente, dopo esser stato seduto per qualche tempo, vuole alzarsi, prova un senso di tensione, di spasmo negli arti inferiori, che, per alcuni secondi, gli impediscono di mettersi in posizione eretta; se vuol camminare, egli incontra la stessa difficoltà nel fare i primi passi. Così descrive Peters lo stato della deambulazione offerta dal suo malato: « allorchè gli si ordinava di muoversi, dopo che era stato in riposo, egli restava dapprima come radicato al suolo nonostante lo sforzo visibile che faceva per superare quest' ostacolo; quindi faceva alcuni movimenti incerti, goffi colle braccia e colle gambe e si ajutava col bacino. Dopo circa dieci passi la deambulazione diventa meno barcollante, meno incerta, si rende gradatamente più regolare, e da ultimo non si distingue affatto dall' andatura di un individuo sano. Se il malato stringe un oggetto nella mano, non è più capace di lasciarlo tosto che la volontà lo comanda; egli resta per alcuni istanti senza poter aprire la mano; egualmente allorchè vuole afferrare un oggetto, prova un senso di rigidezza nelle dita della mano, che per pochi secondi gli impedisce di effettuare il movimento. »

Lo spasmo tonico può essere provocato da uno sforzo muscolare: per esempio, la flessione forzata e rapida dell' avambraccio sul braccio, dà luogo alla contrazione prolungata del bicipite e del lungo supinatore, per cui il malato non è più capace di distendere immediatamente il braccio; la chiusura forzata del pugno impedisce che la mano venga riaperta subito; un movi-

mento energico ed eseguito con un arto, lo fissa per alcuni secondi nella posizione corrispondente.

Il nostro Vizioli ebbe pel primo la felicissima idea di studiare per mezzo di un dinamografo, da lui stesso ingegnosamente costruito mercè un dinamometro comune ed uno sfigmografo di Marey, lo stato della contrattilità muscolare volontaria sia nel suo momento iniziale, sia quando il muscolo aveva già un certo grado di contrazione o stava per rilasciarsi. In tal modo egli potè raccogliere sulle curve grafiche l'immagine del fenomeno muscolare, caratteristico dell'affezione. Osservò adunque che facendo tenere al malato la mano aperta ed ordinandogli di chiuderla, passavano un cinque secondi prima che avvenisse il movimento; che se la mano invece di essere aperta, era un po' chiusa, cioè atteggiata già alla flessione, ordinando al malato di chiuderla si poteva osservare quasi immediatamente l'effettiva contrazione senza che la volontà subisse un sensibile ritardo. Questa contrazione però era segnata da una linea composta di molte ed ampie oscillazioni (tremore oscillatorio). L'infermo impiegava poi 5-6 fino a 10 secondi, ad aprire la mano, quando questa era già contratta, per cui il rilasciamento dei muscoli flessori non veniva segnato nella curva grafica da una linea quasi retta di discesa come allo stato normale, ma da una linea obliqua con oscillazioni irregolari. Questi esperimenti di Vizioli dimostrano colla massima evidenza *che esiste un ritardo fra l'impulso volontario e l'esecuzione di un movimento.*

Come *nei muscoli degli arti superiori ed inferiori,* così pure *nei muscoli della faccia* si possono verificare gli stessi fenomeni morbosi, ma d'ordinario, meno intensamente. Quindi, allorchè il malato vuol parlare, sente che la lingua è rigida, non si presta ai movimenti, per cui egli è costretto ad arrestarsi ne' suoi

discorsi, se ride sente un senso di rigidità dei muscoli del viso, se deglutisce, lo avverte alla faringe.

Un malato osservato da Westphal trovava difficile di riaprire gli occhi, dopo che questi si erano chiusi in seguito ad uno sforzo fatto per uno sternuto; gli accadeva spesso, quando apriva la bocca per mangiare, di non poterla chiudere immediatamente. Anche *i muscoli dei bulbi oculari* possono partecipare all'affezione, di guisa che rimane impedito il loro libero movimento.

Nell'osservazione raccolta da Ballet e Marie è notato che il paziente, allorchè guardava in aria, si era accorto che i suoi occhi si trovavano come fissati in questa posizione, e che, durante uno o due secondi, egli provava una gran difficoltà per ricondurli nella direzione orizzontale.

Nella malattia di Thomsen, *il crampo tonico si osserva esclusivamente nei muscoli volontarj;* gli sfinteri del retto e della vescica non presentano alcun disturbo.

Un carattere molto importante che distingue lo speciale modo di comportarsi dei muscoli volontarj nella malattia di Thomsen è *che lo spasmo tonico, la rigidezza dei muscoli, non è un fenomeno costante.* A misura che il movimento si ripete, che è quanto dire, in seguito ai ripetuti sforzi della volontà, la rigidezza dei muscoli va diminuendo gradatamente fino a scomparire, di guisa che i movimenti i quali prima erano difficili, lenti, pesanti, divengono poi più pronti e più regolari e presentano niuna o ben poca differenza se si confrontano con quelli dell' individuo normale.

Noi possiamo dunque stabilire che nella malattia di Thomsen intercede fra l' impulso volontario e l' esecuzione del movimento uno spazio di tempo più lungo di quello che normalmente esiste; ma tale ritardo, che oscilla in media fra uno e dieci secondi, non si deve

ad un indebolimento dell'attività volitiva, la quale apparisce ben conservata, ma alla difficoltà che essa trova a trasformarsi in atto motore per la rigidezza dei muscoli. Il medesimo ostacolo che incontra la volontà a provocare immediatamente la contrazione muscolare, lo trova altresì allorchè essa è diretta a rilasciare un gruppo di muscoli che si trovano già in contrazione. La contrazione muscolare persiste per un tempo più lungo della norma.

Ma la contrazione tonica, alquanto prolungata del muscolo, non si manifesta soltanto in seguito all'impulso volontario motore. *Anche l'eccitamento elettrico o meccanico applicato al muscolo determina lo stesso fenomeno.* Nel caso di Seeligmüller la contrazione provocata nei muscoli colla corrente faradica si prolungava per un tempo piuttosto lungo (5 secondi e più), dopo che l'eccitamento elettrico era stato allontanato. Il Moeli osservò un caso di malattia del Thomsen, nel quale le contrazioni del retto addominale, prodotte dalla corrente faradica duravano fino a 30 secondi. Anche nel caso di Petrone la contrazione muscolare persisteva al di là dell'eccitamento elettrico e nella prima delle due osservazioni riferite da Vizioli la corrente indotta produceva contrazioni energiche, che perduravano alcuni secondi anche dopo rimosso lo stimolo. Ballet e Marie notarono nel loro caso la facilità colla quale la contrazione provocata colla corrente elettrica diveniva tetanica: questa persistenza della contrazione si produceva meglio *quando l'eccitamento faradico o galvanico si applicava su un tronco nervoso.*

Anche *coll'eccitamento meccanico si può ottenere la contrazione tonica dei muscoli.* Se si percuote su di un muscolo, per esempio, sul bicipite, si vede che esso si contrae validamente in totalità, e resta in uno

stato di crampo tonico che a poco a poco si risolve. La curva della contrazione è nella sua fase di discesa straordinariamente lenta. *L' eccitabilità faradica e galvanica dei muscoli e dei nervi in generale non differisce dalla norma.*

Nella malattia di Thomsen *le masse muscolari si presentano molto sviluppate;* in taluni casi il loro volume raggiunse tal grado che si credette ad una vera ipertrofia dei muscoli. Questo eccessivo sviluppo si riscontra tanto negli arti inferiori che nei superiori, ma ordinariamente predomina in questi ultimi. Ma, come si potrebbe credere a prima giunta, la forza muscolare non va di pari passo coll'aumento di volume presentato dai muscoli; alcuni malati asserirono di non poter sviluppare una forza maggiore di quella di individui dotati d' una muscolatura di assai più piccolo volume. I muscoli, allorchè si sono contratti si presentano duri al tatto, rigidi e sporgono al di sotto della cute.

I *movimenti passivi* in alcuni casi si eseguiscono colla più grande facilità, in altri riescono alquanto difficili per la rigidezza che essi provocano nei muscoli, gli arti presentano una leggiera resistenza simile a quella dello stato catalettico.

Vi sono alcune circostanze che favoriscono, altre che diminuiscono, l' intensità del fenomeno dello spasmo tonico muscolare. Certi stati emozionali, prodotti, ad esempio, da una notizia inattesa piacevole o dolorosa, da uno spavento, dal sapere d' essere osservato, aumentano lo stato morboso e rendono più evidenti i disturbi muscolari. Narra Thomsen che il solo pensiero rivolto alla malattia, la sola idea di possederla determinavano in lui una tale esagerazione dei fenomeni morbosi, da rendere assolutamente impossibile la libertà dei movimenti. Le brusche impressioni producono

lo stesso effetto; così, se mentre un malato cammina, urta per caso colla punta di un piede contro un sasso, tutta la gamba viene colpita immediatamente da uno stato spasmodico che in circostanze favorevoli, può estendersi a tutta la muscolatura, in modo da togliere l'equilibrio al corpo e da rendere inevitabile la caduta in avanti o di fianco. Così pure nel periodo d'incubazione, nello stato prodromico d'una malattia acuta, dopo prolungate fatiche corporali si nota un aumento dei fenomeni di irrigidimento muscolare.

Per l'opposto la temperatura calda, la ripetizione frequente dei movimenti, un moderato esercizio del corpo sono le circostanze le quali valgono a diminuire l'intensità dei fenomeni morbosi. In circostanze favorevoli si trova che il fenomeno della contrazione tonica si manifesta anche in quei muscoli che in generale sembrano colpiti da questo stato morboso speciale in un minimo grado.

Abbiamo creduto utile di fare una particolareggiata descrizione del modo singolare col quale si comportano i muscoli nella malattia di Thomsen e di rilevarne bene i caratteri, le circostanze che ne favoriscono o ne mitigano l'intensità, perchè se non in tutti i casi, certo però in una grandissima parte di questi *il fenomeno della contrazione tonica, dello stato di rigidezza dei muscoli volontarj, forma l'unico ed esclusivo sintomo morboso dell'affezione.*

Ordinariamente i malati non accusano sensazioni speciali in nessuna parte del corpo, nè presentano alcun disturbo della sensibilità tanto generale che specifica. I reflessi cutanei ed i reflessi tendinei sono per lo più normali.

Nel caso citato di Vizioli troviamo notato un'esagerazione dei reflessi tendinei, il clono del piede si

mostrò alcune volte esistente, altre volte no, mentre quello del ginocchio lo fu sempre.

Nella maggior parte dei casi l'intelligenza non ha presentato nessun turbamento. Però nella famiglia del dottor Thomsen alcuni membri offrirono nello stesso tempo lo spasmo tonico dei muscoli e sintomi d'indebolimento mentale.

Tutte le funzioni della vita vegetativa si compiono in modo perfettamente normale. In due casi di Seeligmüller e nel caso di Bernhardt venne notata la lordosi delle vertebre lombari.

La malattia di Thomsen è poco frequente a riscontrarsi; nel maggior numero dei casi, la comparsa dei fenomeni morbosi rimonta all'età infantile od alla prima giovinezza. In qualche raro caso l'affezione si sviluppò fra i 20 ed i 30 anni. Dalle osservazioni fin qui raccolte risulta che il sesso maschile ne è colpito in una proporzione assai maggiore del sesso femminile. Pare che lo sviluppo della pubertà non modifichi il decorso della malattia. L'influenza ereditaria apparisce in parecchi casi in un modo assai evidente; non è raro che due o più individui d'una stessa famiglia, vengano colpiti dalla malattia. Così il paziente osservato da Leyden, ebbe un fratello affetto dallo stesso disturbo; quello di Seeligmüller aveva una sorella maggiore malata come lui; due fratelli del giovane malato visto dallo Strumpell presentavano anche essi il fenomeno della contrazione tonica dei muscoli volontarj. Molto interessante è il caso della famiglia del dottor Thomsen, nella quale la malattia si trasmise con caratteri identici per ben cinque generazioni in un numero considerevole d'individui (36). È notevole poi che alcuni membri della stessa famiglia presentarono disturbi nervosi e turbamenti mentali coi caratteri delle psicosi degenerative. Lo stesso dott. Thom-

sen ebbe cinque figli, quattro dei quali erano affetti da rigidità muscolare. La storia di questo caso ci porge un esempio veramente classico d'*una nevropatia a forma similare ereditaria in una famiglia.* Nei casi descritti da Benedikt, Erb, Bernhardt, Peters, Petrone, Vizioli e Ballet, sono mancati gli antecedenti ereditarj (1).

Del resto non conosciamo quali precipue e speciali cagioni concorrono a sviluppare tale malattia: solo in una delle osservazioni di Benedikt, e nel caso di Peters troviamo notato che i fenomeni morbosi si manifestarono in seguito ad uno spavento.

L'*anatomia patologica* dell'affezione s'ignora completamente. Ponfick, Petrone e più recentemente Jacusiel e Gravitz fecero l'esame microscopico di pezzetti muscolari, asportati dal bicipite brachiale e dal bicipite della gamba, e riscontrarono *perfettamente sani i fascetti muscolari.* È da lamentare che in queste ricerche sia stato trascurato lo studio delle terminazioni nervose, il quale avrebbe potuto presentare uno speciale interesse sopratutto per la patogenesi dell'affezione.

La *diagnosi* della malattia di Thomsen non è difficile. Quantunque questa forma morbosa abbia di comune colle affezioni spinali, nelle quali predomina uno stato irritativo, il fenomeno della tensione spasmodica, o rigidità muscolare nei movimenti attivi e passivi, si distingue chiaramente da quelle, prima, pel fatto che detto fenomeno è quasi unico ed isolato, ed ordinariamente non si accompagna a nessun altro sintoma spinale, e poi, pel carattere speciale che presenta la rigidezza muscolare, di manifestarsi cioè coll'iniziarsi dei movimenti volontarj fino a scomparire affatto a

(1) Sotto l'aspetto dell'eredità, la malattia di Thomsen ha una stretta analogia coll'atassia ereditaria, o malattia del Friedreich. (V. Seppilli. *Riv. sperim. di freniatria,* fasc. II e III, 1883).

misura che questi si ripetono. Così pure la tensione spasmodica dei muscoli, la mancanza di qualunque fenomeno paralitico distinguono la malattia di Thomsen dalla paralisi pseudo-ipertrofica, nella quale i muscoli presentano un volume enorme dovuto all'iperplasia del connettivo interstiziale con accumulo di grasso, e sono parazzati.

Il numero scarso di osservazioni raccolte su questa singolare forma morbosa, e la mancanza completa di dati anatomo-patologici impedirono fin qui di stabilire la sede e la natura dell'affezione. È per ciò che quasi tutti gli autori, i quali si sono occupati di tale malattia adoperarono per indicarla un' espressione puramente sintomatica che risponde al fenomeno fondamentale e costante, il quale forma la nota caratteristica dell' affezione. Qui cade in acconcio il notare che la denominazione di *crampo* o *spasmo tonico dei muscoli volontarj* adoperata prima da Thomsen e poi da molti altri non ci pare molto esatta, perchè non tiene conto di uno dei caratteri essenziali del fenomeno: di essere transitorio e di manifestarsi nel momento iniziale dell'atto volitivo. La stessa osservazione dobbiamo fare riguardo all' espressione di *rigidezza muscolare* usata per la prima volta da Bernhardt.

Ora, se ci facciamo ad esaminare le ipotesi poste innanzi per ispiegare l' indole essenziale dell'affezione, troviamo che esse mirano più specialmente a risolvere la questione *se la malattia di Thomsen è di natura miopatica o nevropatica.*

Bernhardt fu il primo, il quale sostenne che l' affezione risiede nel sistema muscolare volontario e dipende da una disposizione ereditaria o congenita. Eguale opinione venne abbracciata da Strumpell che propose di indicare l' affezione col nome di *miotonia congenita.* A noi pare che non vi sono argomenti abbastanza convincenti per ritenere che il punto d'ori-

gine della malattia di Thomsen debba trovarsi nel sistema muscolare.

Vi sono alcuni casi nei quali i primi fenomeni morbosi comparvero dopo i 20 anni, per cui almeno per essi, non possiamo pensare ad un'anomalia congenita del sistema muscolare. Se questa fosse la vera causa della rigidezza muscolare, non sapremmo trovare la ragione del perchè i disordini motori non si debbono manifestare costantemente nella prima età, allorquando i muscoli si trovano in via di sviluppo. L'origine miopatica dell' affezione ci sembra poi tanto meno probabile in quanto che la struttura delle fibre muscolari è intatta e il grado di eccitabilità dei muscoli alla corrente faradica e galvanica, non s'allontana, almeno quantitativamente, dalla norma.

D' altronde, conoscendo quale e quanta influenza esercitano i centri nervosi sull' attività nutritiva e funzionale di tutti gli organi del corpo e più specialmente su quelli di movimento, non ci sentiamo disposti ad ammettere nel caso nostro un' anomalia congenita, un modo di essere speciale dei muscoli, senza riferire questo fatto ad una anormale innervazione.

La maggior parte degli osservatori è concorde nel credere all'origine nervosa dell'affezione. Thomsen, pel primo, pensò che la sede della malattia si dovesse trovare nel sistema cerebro-spinale, e forse nel cervello stesso, in quella parte da cui si sprigiona la volontà, la quale non è più capace di stimolare in modo convenientè i nervi motori. Inoltre assegnò alla malattia un posto molto affine alle psicosi, fondandosi specialmente sul fatto che nella sua famiglia si trovarono alcuni individui affetti da alterazioni psichiche ed altri dall' affezione spasmodica dei muscoli, e considerando altresì che certe influenze psichiche, come le emozioni, l' idea di essere guardati, quella di pos-

sedere la malattia, aumentano al massimo grado la intensità dei fenomeni morbosi. Seeligmüller ammette come probabile che si tratti di un' affezione congenita ed ereditaria dei cordoni laterali e spinali. Erb si sente inclinato ad ammettere la sede dell' affezione nel midollo spinale, e Peters crede ad un' affezione spinale acquisita. Petrone crede di poter ammettere con certo fondamento che la causa della rigidità muscolare stia in una anomalia, di natura ignota, del sistema nervoso di conducibilità (dall' origine della fibra nervosa nella sostanza corticale cerebrale, alla terminazione di questa, nella fibra muscolare, *placca del Rouget*). Il Vizioli, che fra tutti gli osservatori è quello che ha meglio studiato con maggiori particolari la questione sulla sede e sulla natura della malattia di Thomsen, in base alle sue ricerche dinamografiche, è portato a ritenere che il ritardo dell' esecuzione degli atti comandati dalla volontà « non dipende dal perchè il muscolo sia ribelle o torpido all'obbedienza, ma perchè gl' impulsi motori vi giungono non più rapidi ed energici come nello stato normale. » La conducibilità volontaria trova un ostacolo quando è costretta ad esplicarsi per vie nuove, come nel passaggio della mano dalla posizione d' estensione a quello di flessione. Il Vizioli riconosce l' indole nervosa della malattia di Thomsen, anzi la riferisce alla categoria delle cosidette neurosi di stabilità e la ravvicina alla catalessi, avendo con questa lo stesso carattere della tensione dei muscoli volontarj.

Per parte nostra crediamo che la soluzione del quesito che riguarda la patogenesi della malattia di Thomsen, dobbiamo attenderla da studj ulteriori; fino ad ora, come osserva l' Erb, non si può formulare un criterio esatto sulla sede e sulla natura dell' affezione. Pur tuttavia siamo propensi ad assegnare a questa for-

ma morbosa un' origine nevropatica anzichè miopatica e troviamo un argomento assai favorevole a questa supposizione nell' analogia che passa tra i fenomeni caratteristici della malattia di Thomsen ed i fenomeni muscolari dell' ipnosi isterica.

È noto che nelle donne affette da grande isterismo si manifesta, nello stato ipnotico, quel fenomeno singolare che consiste nella proprietà che hanno i muscoli di contrarsi sotto una eccitazione diretta, e di mantenere la contrazione per un tempo più o meno lungo, con una intensità maggiore o minore, secondo la durata e l'intensità degli stimoli. Quindi si possono provocare, con mezzi semplicissimi, diverse manifestazioni dell' attività funzionale dei muscoli, dalla contrazione semplice alla contrazione prolungata o contrattura, dalla flessibilità plastica propria della catalessi ad uno stato di vera rigidezza dei muscoli.

In una isterica ipnotizzata che si trova in quel periodo cosidetto letargico, ogni muscolo del corpo risponde ai più leggieri eccitamenti, contraendosi, ma non si rilascia immediatamente.

Un fatto identico a questo noi l' abbiamo descritto nella malattia di Thomsen; anche in questa forma gli stimoli meccanici ed elettrici applicati sui nervi, sui muscoli producono la contrazione, la quale invece di cessare, come nelle condizioni ordinarie, coll' allontanamento dello stimolo, perdura qualche secondo, e lentamente si risolve. Ricordammo in proposito il caso osservato da Moeli, nel quale la corrente faradica provocava nel gran retto dell' addome una contrazione che durava fino a 30 secondi.

Analoghe osservazioni vennero fatte da Seeligmüller, Vizioli, Petrone, ecc. Dobbiamo poi notare che tanto nella malattia di Thomsen, che nell' ipnosi isterica, la sensibilità dei muscoli alla corrente elettrica, non pre-

senta nessuna reale differenza dallo stato normale, cioè a dire il grado della contrattilità muscolare propriamente detta non è aumentata.

In alcune isteriche si è verificato, come già feci notare in altro mio lavoro (1), che, nello stato di veglia, gli stessi movimenti attivi, volontarj, specialmente se si accompagnano ad uno sforzo intenso, possono provocare una contrazione prolungata dei muscoli, un vero spasmo; si osserva, per esempio, una contrazione tonica degli orbicolari delle palpebre per la chiusura degli occhi, quella dei masseterj per la chiusura rapida, forzata, della bocca, quella del bicipite per la flessione dell'avambraccio sul braccio, ecc., fenomeni analoghi ebbi varie volte occasione di constatarli nel caso di ipnosi isterica che studiai insieme al prof. Tamburini (2).

Or bene, ricorderemo che uno dei caratteri essenziali della malattia di Thomsen consiste nel fatto che, allorquando i muscoli si sono contratti per l'impulso volontario, il loro rilasciamento non è immediato, ma avviene qualche tempo dopo che l'attività volitiva ha cessato di agire. In questo caso l'impulso volitivo provoca come nel caso del grande isterismo una contrazione tonica dei muscoli.

Noi possiamo dunque ritenere che tra i fenomeni muscolari della malattia di Thomsen e quelli che si osservano nel grande isterismo nello stato di veglia o l'ipnosi, passi una certa analogia, se non nella intensità, almeno nella qualità loro. In ambedue le affezioni troviamo il fatto che si produce una contrazione prolungata, uno spasmo tonico dei muscoli, diverso però

(1) Seppilli. *Gli studj recenti sul cosidetto magnetismo animale.* (*Rivista sperim. di freniatria*, 1880 e 1881).

(2) Tamburini e Seppilli. *Contribuzioni allo studio sperimentale dell'ipnotismo.* Ibidem, 1881 e 1882.

per intensità e durata, sotto l'influenza dell'impulso volontario o di stimoli direttamente applicati sui muscoli e sui nervi. Quindi non siamo alieni dall'attribuire il disturbo della motilità, che costituisce la malattia di Thomsen, ad una esagerazione del tono muscolare, in quella stessa guisa che, come il prof. Tamburini ed io sostenemmo nel nostro lavoro sull'ipnotismo, le varie manifestazioni funzionali dei muscoli, che si provocano nell'ipnosi isterica, dipendono dalla tonicità muscolare esagerata. In questo ci troviamo d'accordo coll'egregio dott. Vizioli, il quale accenna nel suo lavoro al fatto della esagerata tonicità muscolare nella malattia di Thomsen.

Siccome poi la tonicità dei muscoli è un fenomeno di natura riflessa e d'origine essenzialmente nervosa, ne viene di conseguenza che nella malattia di Thomsen, deve esistere un'alterazione speciale dei centri d'innervazione muscolare scaglionati lungo l'asse cerebro-spinale, per la quale, quello stato di contrazione insensibile, latente dei muscoli in riposo, che costituisce il tono muscolare, diventa più intenso della norma.

Forse questa esagerata tonicità dei muscoli diventa un ostacolo nel momento iniziale dell'impulso volontario motore, ed impedisce che questo si trasformi immediatamente in movimento, e che, avvenuto il movimento, succeda tosto il rilasciamento dei muscoli. Col ripetersi dei movimenti, lo sforzo volontario riescirebbe più facilmente a vincere quello stato speciale dei centri nervosi da cui dipende l'ipertonicità muscolare, ed in conseguenza, troverebbe più libera e più spedita la via all'esecuzione dei movimenti.

Ma mentre abbiamo argomenti per credere con maggiore probabilità all'origine nevropatica piuttosto che all'origine miopatica dell'affezione di Thomsen, siamo

però ben lontani, lo ripeto, dal poterne stabilire la sede e la natura. Il decidere se la malattia ha sede esclusivamente nel cervello o nel midollo spinale, o se invece si tratti d' un' affezione diffusa al cervello ed al midollo spinale, se, ammettendo l'origine nervosa dei disordini motori, questi dipendono da una anomalia di sviluppo dei centri d'innervazione, oppure da una alterazione di natura puramente funzionale od organica degli elementi nervosi (processi di sclerosi, di degenerazione, d' infiammazione, ecc.), rappresenta ancora per noi una grande incognita, alla quale si potrà rispondere in avvenire, sulla base di nuovi fatti che si presenteranno all' osservazione dei medici.

Nell' incominciare questo articolo, facemmo notare che la malattia di Thomsen può presentare un interesse pratico, sopratutto per i medici militari. E la ragione ne è chiara: siccome l' affezione si manifesta in giovani di aspetto florido, di costituzione robusta, con muscoli bene sviluppati, con integrità perfetta delle funzioni sensoriali, può sorgere il dubbio d' una malattia simulata. Ciò avvenne a proposito di un figlio del dott. Thomsen, il quale, chiamato al servizio militare, soffriva moltissimo, perchè gli era impossibile di eseguire gli esercizj militari. Venne il dubbio che simulasse, ed il poveretto dovette rimanere per lungo tempo in osservazione, prima che i medici si persuadessero dell' esistenza reale della sua malattia. Il malato osservato da Seeligmüller, una recluta di 22 anni, formava la disperazione del sotto ufficiale incaricato della sua istruzione militare perchè non riusciva ad eseguire il maneggio dell' arma colla prontezza e precisione voluta dal suo istruttore. Egli diceva che provava una certa rigidità ed uno stato di tensione nella braccia e nelle gambe, che gli impediva di eseguire con prestezza e precisione i movimenti che

si proponeva. Anche il malato di Peters era un soldato.

Il pericolo di credere ad una simulazione diventa maggiore in quei casi in cui si tratta di reclute rozze, incolte, che sono naturalmente incapaci di esprimere in modo conveniente il proprio stato. Interessa dunque ai medici militari di rivolgere in particolar modo la loro attenzione a questa forma morbosa speciale, ed averne ben presenti i sintomi, onde evitare un giudizio erroneo di simulazione.

Per ciò che riguarda la cura della malattia di Thomsen, dobbiamo dire che tutti i mezzi terapeutici usati fin qui nei pochi casi che si conoscono, riuscirono inefficaci. Vizioli adoperò l'idrato di cloralio allo scopo di vincere lo stato spasmodico dei muscoli, ma non ne ottenne nessun risultato soddisfacente. La ginnastica razionale, metodica, può essere un mezzo molto opportuno per combattere i fenomeni morbosi, specialmente nei primordj dell' affezione.

Dallo studio generale che abbiamo fatto sulla malattia di Thomsen, crediamo di poter formulare le seguenti principali conclusioni:

1.° Il fenomeno caratteristico della malattia di Thomsen, consiste in uno spasmo tonico, non doloroso, dei muscoli, che si produce nel momento iniziale dei movimenti volontarj. In conseguenza di ciò fra l' impulso volontario e l' esecuzione del movimento intercede uno spazio di tempo che oscilla ordinariamente tra uno e dieci secondi.

2° Lo spasmo tonico si produce esclusivamente nei muscoli volontarj, sia in quelli degli arti, come in quelli del tronco e della faccia. Gli sfinteri del retto e della vescica non offrono nessun disturbo.

3.° La contrazione dei muscoli volontarj non cede immediatamente all' attività volitiva, ma si prolunga

alquanto più della norma. Ciò si verifica specialmente, quando i muscoli compiono movimenti bruschi, rapidi, esagerati, o vengono messi in azione a mezzo di stimoli elettrici e meccanici applicati direttamente su di essi, o sui nervi che vi si diramano. Talvolta i movimenti passivi provocano una contrazione prolungata dei muscoli corrispondenti.

4.° La ripetizione dei movimenti volontarj fa diminuire o cessare interamente il fenomeno dello spasmo tonico, in quei muscoli che li eseguiscono. La sensibilità resta intatta.

5.° Vi sono argomenti per ritenere con maggior probabilità che la malattia di Thomsen sia di natura nevropatica anzichè miopatica e che dipenda da una esagerata attività degli apparecchi nervosi i quali producono il tono muscolare. Tale dottrina si fonda precipuamente sul fatto che i fenomeni muscolari della malattia di Thomsen, posseggono molta analogia coi fenomeni muscolari dell'ipnosi isterica, la cui genesi si spiega per l'appunto con un' iperattività funzionale dei centri nervosi della tonicità muscolare.

LA COTOINA NEI CATARRI INTESTINALI CRONICI DEGLI ALIENATI — *Osservazioni del dott.* BARTOLOMEO BERGESIO, *medico assistente nel manicomio di Torino.*

(Dall'Istituto psichiatrico di Torino).

Il prof. Albertoni, in un lavoro pubblicato negli *Annali universali di medicina* nel 1882, richiamò pel primo l'attenzione dei psichiatri italiani su di un nuovo rimedio, che sarebbe con molta utilità impie–

gato nella cura delle diarree croniche degli alienati, sulla *cotoina* (1).

Tale sostanza si estrae dalla corteccia boliviana nota in commercio col nome di *China-Coto*, che secondo Martin, proviene dalla *Palinura densiflora* della famiglia delle rubiacee. La cotoina si presenta sotto la forma di una polvere cristallizzata in aghi giallastri, facilmente solubile in alcool, cloroformio, benzina, acetone, solfuro di carbonio; insolubile nell' etere e nel petrolio, più solubile nell' acqua calda che nella fredda.

Il Pribram attribuì ad essa proprietà antiputrida ed anti-micotica e dimostrò la sua eliminazione pei reni. L'Albertoni vide che il pancreas immerso in una soluzione di cotoina putrefaceva egualmente, ma dopo trascorso un lungo tempo; ne confermò pure il passaggio nelle urine, che presentano le reazioni caratteristiche della cotoina, colorandosi in rosso sanguigno coll' acido nitrico, in giallo bruno coll' acido solforico.

Per ciò che riguarda la sua azione fisiologica, secondo l' Albertoni, la cotoina non esercita alcuna influenza sui processi digestivi, ne' suoi moti intestinali; arriva inalterata all' intestino, non potendo venir disciolta dal sugo gastrico, ma soltanto dalla bile col concorso degli altri liquidi intestinali; non produce mai stitichezza. Una fra le più importanti proprietà di tale rimedio sarebbe che, mantenendo in un pezzo d' intestino artificialmente la circolazione di sangue in cui venne sciolta cotoina, non si osservavano o

(1) Albertoni; *La cotoina*, ecc., negli *Annali universali di medicina*, settembre 1882.

Vedi anche quest' *Archivio* anno 1382, p. 452. — Recentemente il prof. Albertoni ha pubblicato un' altra nota sullo stesso argomento e anche con maggiori particolari: *Cotoina e para-cotoina*, nella *Rivista di Chimica medica e farmaceutica*, vol. I, 1883, fasc. III, V e VI.

comparivano assai tardi le alterazioni che si manifestano quando si fa scorrere semplicemente sangue (edema per trasudazione di liquido, mucosa sparsa di chiazze emorragiche, distacco della stessa a brandelli, ecc.). La cotoina impedirebbe adunque le emorragie e le trasudazioni intestinali e manterrebbe più a lungo la vitalità dell'intestino. Inoltre l'Albertoni dimostrò pure che la cotoina produce una dilatazione attiva dei vasi addominali.

Passando poi alla parte terapeutica, l'Albertoni, che la impiegò in circa cento casi, se ne mostra assai soddisfatto, specialmente per le diarree degli alienati, e dice di averne ottenuto successi felici, spesso splendidi; gli insuccessi essendo eccezioni. L'amministrazione della cotoina venne il più spesso fatta in cartine alla dose di 40-50 centigr. al giorno, 15-20 centigr. per dose; venne pure usata per clistere. Essa fu efficace là dove erano rimasti impotenti l'oppio, il bismuto ed anche il nitrato d'argento. L'azione della cotoina venne spiegata dall'Albertoni, ammettendo che i preparati cotoinici possiedono un'azione speciale sugli epitelii intestinali, ne modificano i poteri fisiologici e ne eccitano la nutrizione dilatando i vasi addominali.

Ecco le conclusioni formulate da questo Autore riguardo alle applicazioni terapeutiche di tale farmaco:

a) La cotoina è indicata nella diarrea che spesso complica le diverse forme dell'alienazione mentale, ed in cui sembra che abbia molta influenza una lesione della facoltà d'assorbimento delle pareti intestinali.

b) È indicata nel catarro intestinale cronico semplice e primitivo, nella diarrea delle persone cachettiche e marasmatiche, anzi è nella diarrea di forma atonica ove dà i migliori risultati. Nel catarro intestinale dei beoni non diede buoni risultati e neppure in quella che accompagna la cirrosi epatica.

c) La cotoina è indicata nella diarrea dei tisici, e guarisce finchè non si siano formate ulcerazioni.

d) La cotoina è indicata nella diarrea dei pellagrosi. Non vi ha dubbio (scrive l'Albertoni) che questa diarrea non dipenda da denutrizione dell'intestino che viene spesso trovato atrofico. Ora, quale sostanza meglio della cotoina, che dilata i vasi dell'intestino?

e) Finalmente la cotoina è indicata nella diarrea dei bambini, che segue la dentizione.

Stante l'inefficacia terapeutica di tutti gli altri farmaci, il numero abbastanza considerevole di decessi causato da tale complicazione nelle malattie mentali e specialmente nella meningo-encefalite interstiziale cronica, l'autorità del professore Albertoni, che dichiarava tale sostanza essere destinata ad occupare uno dei primi posti fra i medicamenti utili nella diarrea degli alienati, ci inducemmo ad esperimentare la cotoina in un certo numero di ammalati del manicomio di Torino, affetti da diarree croniche di diversa patogenesi. Debbo però premettere, visto che i risultati ottenuti non furono consoni alle speranze concepite alla lettura della Memoria del prof. Albertoni, che essa venne usata, tranne rare eccezioni, sempre in casi in cui la diarrea perdurava da lungo tempo ed era stata ribelle a tutti i mezzi terapeutici che la scienza e l'empirismo mettono a nostra disposizione. La cotoina provvista dalla Casa Trommsdorff, di Erfurt, venne somministrata 80 volte a 19 ammalati. Tali ammalati, per quanto riguarda la malattia causa della diarrea, possono così suddividersi:

A). Cinque erano affetti da *paralisi generale progressiva* nell'ultimo stadio (*diarrea neuro-paralitica*). Eccone due casi:

Osservaz. 1.ª — G. T., entrò il 6 settembre 1882 nel

Manicomio. — Donna d' anni 42, di conformazione scheletrica regolare e stato di nutrizione al suo ingresso mediocre, non più mestruata. Era amnesica, incoerente, non manifestò mai delirio di grandezza; la fisionomia però esprimeva ottimismo. All' esame fisico presentava un incesso barcollante, i movimenti volontarj specialmente delle estremità superiori atassici, lingua con movimenti fibrillari, disartria, pupille eguali ma dilatate, poco reagenti alla luce.

Dopo alcuni mesi, progredendo la malattia nel suo decorso, si sviluppò decubito al dorso, piaghe all' estremità inferiore, decubito al sacro e diarrea incoercibile ad ogni mezzo terapeutico e dietetico. Venne allora somministata la cotoina per cinque giorni di seguito alla dose di 50 centigrammi al giorno, divisa in cinque cartine, senza alcun benefizio.

Essendo morta l' ammalata in seguito ad accesso congestizio cerebrale, mentre perdurava ancora la diarrea, l'autopsia dimostrò nell' addome, oltre il fegato con degenerazione adiposa e la milza con polpa aumentata e semifluida, le intestina dilatate da gas, con mucosa inspessita e congesta e ricoperta da muco grigiastro aderente, *senza ulcerazioni.* — Questo caso non confermerebbe l' osservazione fatta dall' Albertoni, cioè, che la cotoina rimanga solo inattiva là dove al reperto necroscopico si trovano poi ulceri intestinali.

Osservaz. 2.ª — F. L., donna d'anni 40, entrò il 14 novembre 1881 nell' Ospedale. All' anamnesi risultò esservi ereditarietà nella pazzia ed abuso di alcoolici. Al suo ingresso presentava leggiero esaltamento, amnesia, ottimismo ed idee di grandezza. All'esame fisico, movimenti fibrillari alla lingua, disartria, pupille assimetriche, incesso e movimento degli arti sicuro. La malattia venne caratterizzata come frenosi paralitica.

Per circa un anno e mezzo i sintomi non andarono aggravandosi; solo verso la fine del maggio del corrente anno cominciarono ad aumentare i disordini della paralisi ed insorse la diarrea. Venne subito amministrata la cotoina per cinque giorni consecutivi alla dose di 50 centigrammi e se ne ebbe un miglioramento; ma essendosi contemporaneamente messa al riposo l'ammalata, regolata la dieta, resta sempre il dubbio se a queste circostanze od alla cotoina dobbiamo attribuire tale miglioramento; tanto più che questo sarebbe l'unico caso in cui la cotoina a noi mostrò la sua azione anti-diarroica, ed inoltre tale catarro intestinale potevasi ancora considerare come allo stadio acuto.

Si sperimentò ancora tale rimedio in altri tre casi di paralisi generale progressiva all'ultimo periodo, in cui la diarrea neuro-paralitica era già di lunga durata e dove invano si erano usati tutti i mezzi dietetici e terapeutici, senza alcun risultato.

B). Anche nella diarrea dei *pellagrosi* non corrispose il farmaco alle speranze concepite:

Osservaz. 3.ª — F. C., donna d'anni 53, entrò il 20 febbrajo 1883 per *frenosi pellagrosa.* La malattia causata da vitto scarso e a base di zea-mais guasto, data da cinque anni sotto forma di melanconia, con tentativi di suicidio per annegamento. — Al suo ingresso presentava: tessuto adiposo sottocutaneo scarso, pelle di color terreo e poco elastica, specialmente al dorso delle mani, mucose pallide, unghie deformate, ipertrofiche. Pupille poco reagenti alla luce, però simmetriche; lingua patinosa con profondi solchi, stomaco dilatato, ventre meteorico. Nulla d'anormale negli altri organi. Polso piccolo, frequente. Incesso barcol-

lante per debolezza muscolare, anoressia, diarrea. Dal lato mentale l' ammalata trovasi in completa demenza.

La diarrea venne curata coi tonici, col magistero di bismuto, con polvere del Dower, ecc., ed infine colla cotoina senza risultato Essendo l' ammalata divenuta sitofoba, venne continuato l' uso della cotoina anche mediante la sonda esofagea. Morì nell' aprile per marasmo.

All' autopsia lo stomaco era dilatato con pareti assottigliate, con mucosa ricoperta da muco tenace e con chiazze formate da vasi dilatati, l'intestino col *reperto del catarro cronico*, fegato grosso ed aumentato di volume.

Osservaz. 4.ª — A. F., donna d'anni 46, entrò il 18 agosto 1882 all' Ospitale. Dalla storia clinica ricavansi i seguenti dati: ereditarietà nella pazzia, pellagrosa da molti anni per vitto insufficiente, a base di zea-mais guasto, tentativi di suicidio per annegamento. All' esame fisico la malata è molto deperita, anemica, cute floscia senza traccie di eritema pellagroso, edema alle estremità inferiori. Lingua patinosa, stomaco dilatato, ventre tumido, l'ammalata è diarroica. Nulla d' anormale ai polmoni, idem al cuore; polso debole, facilmente depressibile; forza muscolare diminuita. Per ciò che riguarda lo stato mentale, è l' ammalata in completa demenza.

Mercè una cura ricostituente, vitto corroborante e preparati arsenicali migliorò alquanto il suo stato fisico e la diarrea cessò. Nell' inverno del 1883 la diarrea ricomparve, e nonostante svariati medicamenti non si potè frenare. Si somministrò pure per parecchi giorni la cotoina, ma sempre senza risultato.

C). Avemmo solo campo di somministrarla in due casi di diarree insorte in individui affetti da *tisi polmonare*, ed anche con effetto negativo. Il prof. Graziadèi, di Torino, in parecchi casi analoghi non ne ottenne alcun giovamento, e lo comunicò verbalmente

al prof. Morselli nella seduta 20 giugno 1883 della *R. Accademia di Medicina di Torino*, nella quale vennero presentati i risultati delle nostre ricerche.

D) In tutti i restanti casi, in cui venne provata la cotoina, trattavasi di ammalati affetti da forme varie di malattie mentali (demenze consecutive, delirj sistematizzati primitivi e secondarj, epilettici) colpiti oltre ciò da *catarro intestinale cronico* prodotto dalle solite svariate cause morbose che agiscono sfavorevolmente sulla nutrizione di individui rinchiusi in stabilimenti. Per amor di brevità ne tralascerò la descrizione; solo accennerò il seguente, perchè in esso si osservò per l'amministrazione a dose un po' elevata della cotoina un fenomeno non accennato dall'Albertoni e che sarebbe in opposizione al suo asserto, cioè che non eserciti influenza sui processi digestivi.

Osservaz. 5.ª — Trattavasi d'un donna d'anni 20, già affetta da demenza consecutiva a mania, la quale era inoltre da più anni ammalata d'un artrocace al gomito sinistro, con seni fistolosi penetranti nell'interno (dell'articolazione e con profusa suppurazione. Come complicazione esisteva pure da parecchi mesi un catarro intestinale cronico ribelle ad ogni cura. Se la cotoina agisse veramente quasi come un tonico dell'epitelio intestinale, avremmo dovuto appunto in questo caso, in cui la diarrea dipendeva soltanto da alterata nutrizione dell'intestino per la prolungata e profusa suppurazione, ottenere un risultato felice. Ma sebbene somministrata molte volte, a dosi giornaliere varie, talora discendenti a 25 centigrammi, talora ascendenti ad 1 grammo, pure la diarrea continuò ad essere profusa; anzi la cotoina se data a dose un po' forte produceva vomito (tale fatto venne pure osservato in altri ammalati). Che tale diarrea dipendesse soltanto da anemia

e marasmo, venne dimostrato dal fatto, che, avendo io praticata l'amputazione del braccio al terzo inferiore e medicata sempre l'ammalata con preciso metodo antisettico si da averne la guarigione della ferita senza febbre e senza suppurazione, tale diarrea scomparve, migliorando assai la nutrizione generale dell'ammalata.

Riassumendo, noi abbiamo ottenuto 18 insuccessi ed un successo solo, in un caso in cui non trattavasi di catarro cronico. Forse vennero scelti casi in cui la diarrea era causata da irreparabili alterazioni morbose dell'organismo; ma soltanto ulteriori osservazioni metteranno in luce se la materia medica ha veramente acquistato nella cotoina quel prezioso rimedio contro le diverse forme di diarrea, come credono il Burkart ed il prof. Albertoni.

RIVISTA

Sulla paralisi progressiva nella donna. — Anche secondo li studj del Buccola la paralisi progressiva nella donna, senza essere eccezionale, sarebbe più rara che nell'uomo. In un anno circa però l'A. ne riscontrò 14 casi nel Manicomio di Torino. A questi, nella nota che publicò sull'argomento, ne aggiunge uno communicatogli dal prof. Morselli. L'A. ascriverebbe tale frequenza nella provincia Torinese alle iperattività individuali e sociali, all'abuso degli alcoolici, sessuali, e ad altre cause che seguono lo sviluppo della civiltà.

L'età delle malate osservate dall'A., due eccettuate, l'una delle quali contava 51 anni e l'altra 56, fu dai 38 ai 50. Sei sono operaje, sei qualificate per attendenti alla casa, tre benestanti ed una prostituta.

Riguardo all'eziologia rilevò l'eredità, l'alcoolismo, il libertinaggio, i patemi, la miseria, li accessi apoplettici, e attri-

buisce grande valore alla menopausa che potè constatare cinque volte nei suoi 15 casi.

L'atrofia delle pieghe cerebrali e il peso basso dell' encefalo sono i reperti anatomo-patologici più importanti.

Le piaghe da decubito sarebbero rare e facilmente guaribili.

L'attenzione dell'A. fu richiamata dal decorso lento della malatia e dall' impronta speciale del disordine psichico.

Avrebbe riscontrato in un solo caso il delirio di grandezza, dubio in un altro. Predominava invece uno stato di demenza con paralisi, senza delirio e senso di benessere (11 su 15). L'A. troverebbe in ciò novello appoggio per dimostrare la relativa inferiorità psichica della donna in confronto dell'uomo.

Rinvenne in due casi la vera forma melancolica.

In tre sole notò allucinazioni od illusioni, in due li accessi epilettiformi.

Osservò pure i frequenti cangiamenti di temperatura. Nei primi stadj si avrebbero più spesso gli elevamenti a 38° C, di rado a 39°, negli ultimi li abbassamenti quasi mai però inferiori ai 36°.

Li aumenti durano un giorno o due e sono in rapporto coll'aggravarsi dei sintomi. Alcuni di questi si spiegano coll' insorgere di uno stato congestivo maggiore o col diffondersi della periencefalite; di altri non si sa darsi ragione. Negli ultimi periodi sarebbero dovuti ad assorbimento putrido causato dalle piaghe da decubito. (*Lo Sperimentale*, giugno 1883. Fasc. VI).

Dott. *Giov. Batt. Verga.*

Azione della morfina sulla circolazione del sangue. — Il dott. Antonio Curci veduto, che in merito all'azione della morfina sul circolo sanguigno sussistono tuttora delle divergenze fra li esperimentatori, pensò di porgere i risultati degli studj da lui fatti in proposito.

Egli istitui le sue ricerche sperimentali, coll' applicazione di due manometri, di cui l'uno al moncone centrale della carotide e l'altro al periferico, e ciò per maggior confronto sulla pressione arteriosa, di cui dà il massimo in millimetri. Per verificare poi il ritmo cardiaco influenzato dalla morfina, fece uso di

uno dei manometri scriventi, dando i tracciati sfigmografici di due esperienze.

Ora dai tredici esperimenti da lui eseguiti sui cani con injezioni ipodermiche di cloridrato di morfina a dosi variate di 0,01-0,05 e 0,10 l'A. venne a conchiudere:

1.° Che *la morfina a qualunque dose rallenta il polso*, cioè *lo rende più raro e più ampio al principio della sua azione*, ma cessa ogni sua influenza sul medesimo se recidansi i nervi vaghi, per cui *la morfina ha azione eccitante sui centri dei vaghi.*

2.° Che la morfina modifica leggiermente la pressione sanguigna, ma a dosi piccole e medie produce sempre tre fasi successive, cioè: a) *Breve e rapida diminuzione;* b) *Aumento di solito al disopra del normale di una certa durata;* c) *Diminuzione non grande per tutto il tempo della narcosi* e ciò indipendentemente dal ritmo cardiaco e dall'essere i vaghi integri o recisi. A dosi relativamente grandi abbassa la pressione con leggiere modificazioni.

3.° La morfina distrutto che siasi il midollo allungato, abbassa solamente e gradatamente la pressione sanguigna, senza produrre il successivo aumento di detta pressione; per cui la *morfina ha azione eccitante sul centro vaso-motorio bulbare* nel primo periodo della sua azione.

4.° La morfina *non paralizza il gran simpatico* (ganglio e rami periferici) e *nemmeno i centri vaso-motori* anche a narcosi inoltrata e profonda. (*Lo Sperimentale*, fascicolo 5.°, maggio 1883). *Chi....*

Alcool e aldeide. — Dalle injezioni intravenose praticate dal dott. Domenico Miglioranza nei cani con diverse quantità d'alcool e aldeide si confermerebbe quanto i dottori Pietro Albertotti e Felice Lussana hanno già rivelato.

1. L' alcool tal quale e senza precedenti sue modificazioni nei processi digestivi può circolare nel sangue senza farlo coagulare, anche trovandosi nella quantità di *uno* verso *trecento* di peso corporeo.

2. L'introduzione dell' alcool nel circolo alla dose di 1 per 1000 di peso corporeo produce i noti fenomeni dell'ubriachezza,

che si disipano in pochi minuti. A dosi maggiori i fenomeni sono più gravi. Ma anche per 1 d'alcool su 300 di peso corporeo il cane ritorna in breve allo stato normale.

3. I fenomeni dell' alcoolismo sono relativamente, a parità di peso corporeo, più forti nell' uomo. Dosi minori di alcool in esso produce fenomeni gravi e molto più durevoli. Nei mammiferi inferiori li effetti dell' alcool sono ancora più leggieri che nel cane.

4. L'aldeide è molto più velenosa dell'alcool. Ne restano paralizzate la sensibilità, la motilità e la respirazione, mentre la azione del cuore può conservarsi tuttavia energica. Probabilmente i casi di acuto avvelenamento *alcoolico di forma asfittica*, sono da attribuirsi a trasformazione dell' alcool in aldeide. (*Gazzetta Medica Lombarda*, 1883).

BIBLIOGRAFIA

Studj clinici di metalloscopia e xiloscopia in un caso di emianestesia ed amiostenia isterica con ambliopia ed acromatopsia; guarigione rapida e radicale con bagno elettro-statico — *per il dott.* ULRICO RUSCONI, *medico ajutante all' Ospedale maggiore di Milano.* — Milano, 1883.

La metalloterapia, sebbene rimonti a tempi remoti, puossi tuttavia considerare quale scienza dei nostri giorni. Dopo il valido impulso impresso dal Burq in Francia agli studj metalloscopici, molti furono i cultori che si occuparono con passione dei medesimi in Francia, Germania, Inghilterra ed Italia. Fra li stranieri si distinguono specialmente i francesi, a capo dei quali stanno il Charcot ed il Vigouroux. Presso di noi molti valenti e quasi tutti giovani medici entrarono animosi nella nuova palestra, fra cui il Maragliano, il Seppilli, il Grocco, il Buccola, e non ultimo certo l'Autore. Il quale, dopo aver con un primo breve scritto sfiorato, per così dire l' argomento, vi

porta ora colla presente Memoria un largo contributo di dotte considerazioni, e d' importanti esperienze proprie, traendo partito da un caso tipico d' isterismo con molteplici turbe nervose occorsogli.

Per dare un' idea non imperfetta di tale lavoro, converrebbe riferire, pur sommariamente, ad una ad una tutte le belle esperienze, mercè cui l'A. riesce ad illustrare il tema; tuttavia per amore di brevità mi limiterò ad esporre le principali coi loro risultati, i quali non mancheranno d' invogliare sempre più i pratici a proseguire le preziose indagini destinate a rischiarare l'ancor oscura fisio-patologia dei centri nervosi.

L' ammalata, che fu soggetto dei suoi studj sperimentali, fu accolta nella Sala Madonna dell'Ospedale maggiore di Milano per bronco-polmonia degli apici, complicata a gravidanza. Tale diagnostico venne formulato dall'A. stesso. Dopo pochi giorni di permanenza, si iniziava e determinava in lei l'aborto, e successivamente una leggiera endometrite con periovarite sinistra puerperale. L' inferma trascorre altri pochi giorni in tale stato, quando improvvisamente senza causa nota viene colta da un accesso convulsivo, senza perdita della coscienza, e della durata d' un quarto d' ora. Tale accesso si ripete per tre giorni consecutivi, tace al quarto e si ripresenta al quinto, trascorso il quale l'A. constata, cogli opportuni mezzi esplorativi, che la paziente presenta amiostenia ed emianestesia destra con ambliopia, acromatopsia, emianosmia ed emiagustia destra.

La diagnosi d' eliminazione, che a questo riguardo istituisce l'A. per conoscere la condizione patologica dell' insorgenza nervosa, è logica e perspicace. Esclusa ad una ad una l'eclampsia puerperale, l'epilessia, l' emorragia cerebrale, la meningite tubercolare, il tumore cerebrale, la cerebrite, l'iperemia, l'anemia cerebrale e le lesioni del midollo spinale, l'A. è portato per induzione a riferire all' isterismo le lesioni di senso e moto manifestatesi nella sua malata. Stabilita così la diagnosi, sorse tosto nell'animo dell'A. di esperire il burquismo anche come controprova del diagnostico stesso.

Viene fatta pertanto dall'A. la prima applicazione alla regione laterale destra del collo della paziente, d'una moneta d'oro da venti lire. La malata prova quasi subito un senso di sonnolenza

balordaggine e capogiro: passati sei minuti percepisce già dall'occhio destro la carta colorata in celeste chiaro, dopo sei minuti e mezzo quella in celeste scuro, e così di seguito di mezzo in mezzo minuto tutti i colori: esaminato invece l'occhio sinistro l'A. lo trova colpito da acromatopsia ed ambliopia: era dunque avvenuto un completo *transfert* in quattordici minuti. Levata la moneta, l'ambliopia e l'acromatopsia si ripristina nell'occhio destro in nove minuti e mezzo, con questa particolarità, che i colori cessano d'essere percepiti dall'occhio destro nello stesso ordine, con cui vennero distinti dall'occhio sinistro. L'A. passa quindi a notare i mutamenti che l'applicazione del metallo apporta riguardo all'emianestesia ed alla amiostenia. Il *transfert* avviene completo dopo trenta minuti, e l'anestesia di ritorno, levata la moneta, si constata dopo soli dieci minuti. L'applicazione della stessa moneta alla regione dorsale della colonna vertebrale dà un *transfert* ed un'anestesia di ritorno più lenti, e l'introduzione della moneta nella vagina reintegra la sensibilità tattile e dolorifica, e la forza muscolare a destra, mantenendole normali a sinistra, e dopo nove minuti determina un eccitamento sessuale con manifeste smanie erotiche.

Dai successivi esperimenti proseguiti dall'A. con altri metalli viene confermata la loro forza estesiogena minore dell'oro, quale fu già trovata da altri. Il platino, l'argento, il mercurio, il rame, l'antimonio, il ferro, lo stagno, lo zinco, il piombo, e fra le leghe l'ottone e il bronzo si succedono in via decrescente all'oro. Per quanto spetta però al mercurio fu l'A. che pel primo ne esperì l'azione estesiogena, e che riscontrò tenere il quarto posto nella scala graduatoria.

Ne' suoi esperimenti l'A. non trovò un metallo d'azione neutra per cui non potè ottenere la fissazione dei fenomeni di Burq, che Vigouroux dimostrò pel primo sovrapponendo una lastra metallica indifferente ad altra sensibile. Constatò invece che la sensibilità si risveglia dapprima a quella porzione di cute, che soggiace alla placca, poi intorno alla stessa; che l'anestesia, che sopraviene nel lato sano, segue passo passo simmetricamente le modificazioni che si avverano nel lato affetto; e che l'anestesia di ritorno incomincia dalle parti che furono le ultime ad essere influenzate.

Accennate in seguito le differenze che contradistinguono le sue esperienze da quelle della nota Commissione della Salpêtrière, l'uniformità dei risultati proprj con quelli del Charcot riguardo all' intervallo di tempo necessario al *transfert*, e alle così dette *oscillazioni* del *transfert* stesso, l' insuccesso per riguardo al fenomeno dell' *anestesia provocata* ottenuto da Vigouroux ed altri, l'A. riferisce le prove fatte colla calamita, che li studj di Maggiorani, Schiff, Charcot ed altri dimostrarono fornita d' azione estesiogena. Tali prove però riescirono a lui indecise, probabilmente per una speciale idiosincrasia della sua malata, che non poteva tollerarle a lungo. Per ultimo dalle esperienze istituite colle correnti elettriche, galvanica ed indotta, l'A. deduce che la loro azione estesiogena è più debole di quella dei metalli: non così dell'elettricità statica, come vedremo in seguito.

Dove però l'A. emerge, e stampa per così dire un' orma propria, si è nel campo della xiloscopia. Hugues-Bennet pel primo, poi Joudains, e Dujardin-Beaumetz dimostrarono che certi legni possedono, come i metalli, la potenza estesiogena. Dagli esperimenti del Dujardin-Beaumetz, al quale spetta più di tutti il merito d'aver creata la xiloscopia, risultò che mentre alcuni legni sono affatto inattivi, altri invece possiedono una potenza estesiogena notevole: fra questi primeggierebbe la corteccia di china gialla, alla quale susseguirebbe in ordine d' attività la tuja, il legno di rosa, l' acajou, il noce, il melo. Or bene l'A. proseguendo li studj del Dujardin avrebbe trovato altri legni dotati di maggior potere estesiogeno della china, e constatato che un legno (il pioppo) riputato inefficace dal Dujardin è capace invece di provocare il *burchismo*. I legni adoperati dall'A. risultarono più attivi del bronzo, del ghiaccio, dell' aqua calda, della corrente elettrica, sia faradica che galvanica. Sono all' incirca una trentina le famiglie delle piante sottoposte dall'A. a ripetute prove con quella diligenza e rigore di metodo che lo distinguono. Il legno della vaniglia rivelò a lui un' attività estesiogena molto superiore alla china, sia riguardo alla durata del tempo impiegato a provocare il *transfert*, sia riguardo alla durata ed integrità del *transfert* stesso. Il legno della magnolia grandiflora si mostrò presso a poco eguale nel-

l'attività estesiogena, così pure il legno del cedro del Libano, mentre per quello del ginepro l'attività estesiogena fu lenta, incompleta e fugace. Queste differenze poi si osservarono anche nelle stesse famiglie, cimentando i legni diversi, che le compongono. Riassumendo la maggior potenza estesiogena fu dispiegata dalla famiglia delle Orchidee, poi da quella delle Rubiacee, quindi delle Conifere, Magnoliacee, ecc.

L'A. intraprese anche una serie d'esperienze adoperando contemporaneamente ora legni delle stesse piante, ora legni di piante diverse, ora legni di differenti famiglie. Colle prime esperienze provò, ed era da aspettarsi, che il *transfert* si opera più prontamente che adoperando un solo legno; colle seconde che il *transfert* avviene come se i legni fossero della stessa pianta; e colle ultime che il *transfert* ha luogo più rapidamente che negli altri due casi. Infine l'A. potè constatare il fatto già notato pei metalli, che se i legni estesiogeni vengono applicati caldi determinano più pronto il *transfert*.

Questi esperimenti sono degni di considerazione, e veramente concludenti, ma era desiderabile che l'A. avesse istituite anche prove comparative sull'azione risultante dalla contemporanea applicazione dei metalli e dei legni. Egli non ne disimula la importanza, e si scusa di non averle fatte, perchè distolto dalla necessità di rivolgere i suoi sforzi a più giusto obiettivo, quale era quello di condurre a guarigione la donna, che da quasi due mesi degeva nell'Ospedale.

Incoraggiato quindi dai risultati ottenuti dallo stesso Burq colle injezioni ipodermiche dei sali metallici, ne pratica una nella sua inferma con una soluzione di cloruro d'oro. Risultato sorprendente. Dopo sette minuti le varie sensibilità si reintegrano a destra, rimanendo intatte a sinistra, e in tale favorevole condizione l'inferma si mantiene per 15 giorni consecutivi. Scomparso il vantaggio, ad ottenere un effetto più durevole e decisivo, l'A. pensa d'avvalorare la metalloterapia interna coll'esterna, epperciò pratica una seconda injezione ipodermica di cloruro d'oro, e subito dopo applica a permanenza una moneta d'oro a ciascun braccio. Dalla prova complessa la malata ritrae un benessere completo, per cui creduta guarita viene dimessa dall'Ospitale.

Dopo aver constatato che i corpi estesiogeni vanno di giorno in giorno aumentando, e menzionati i più importanti oltre quelli già riferiti, l'A. espone le teorie principali, che si sono ideate a spiegare il sorprendente fenomeno del *burchismo*. Le due più razionali, che oggidì si disputano il campo della metalloscopia, e che vantano rispettivamente autorevoli proseliti, sono la teoria elettrica del Regnard e la teoria dinamica sviluppata dallo Schiff. Ma sì l'una che l' altra sono vulnerabili da serie objezioni. Per riguardo alla teoria elettrica una sola objezione basterebbe quasi ad atterrarla. Infatti se è vero che con sensibilissimi galvanometri si possono constatare e misurare le correnti determinate dal contatto degli estesiogeni, è pur cosa provata che anche dai metalli neutri si svolgono delle correnti inattive. Quanto poi alla teoria dello Schiff, che si fonda sulle oscillazioni molecolari termiche, che partendo dai corpi estesiogeni, vanno a modificare il dinamismo molecolare dei centri nervosi, sebbene molto fina o direi seducente, pure ha troppo dell'imagincso ed astratto, ed è ben lontana dall' essere provata. L'A. esamina quindi le altre teorie, che io per brevità tralascio, e conchiude col dire, che bisogna affidare la giusta interpretazione di questi singolari fenomeni al tempo, e che per ora dobbiamo confortarci degli splendidi ed inaspettati risultati, che in talune forme morbose ci diede la metalloterapia, per lo passato giudicate inguaribili. Ed effettivamente è proprio cosa confortante quando si pensi cho Debove e Regnard guarirono coi nuovi mezzi estesiogeni l' emianestesia da alcoolismo, che Debove stesso, Proust, Grocco ed altri guarirono e migliorarono le contratture e le paralisi di senso e moto da saturnismo, che Charcot, Dumontpallier, Gangée, Bouchut, Maragliano, Seppilli, Maggiorani ed altri, ottennero buoni risultati nell' isterismo associato all' epilessia, Landolt, Oulmont, Bucc·la, Seppilli ed altri in casi di paralisi da causa organica, e infine Debove, Mauriac e Vigouroux nell' emianestesia da infezione celtica.

A confermare la straordinarietà e veridicità dei fenomeni del *burchismo*, l'A. richiama anche le curiose osservazioni fatte dal Fiori, che applicando una moneta d'oro sul capo d'un' ammalata, le ritornava la perduta coscienza, che faceva cessare il trisma collo zinco applicato alla laringe, l'iscuria collo zinco applicato

all'ipogastrio, e che coll'applicazione dello stesso metallo faceva scomparire temporariamente l'albumina dalle urine; rammenta che il Burq guariva un'afonia isterica, che datava da un anno, in pochi minuti coll'applicazione del rame alla laringe, e chiude l'interessante rassegna coll'accennare il fatto sorprendente, notato pel primo dal Grocco, che i metalli agiscono anche attraverso un altro individuo.

Riferite tutte queste esperienze, l'A. viene finalmente a far parola del mezzo potente adoperato per guarire radicalmente la sua malata recidivata dopo sei mesi, vale a dire dell'elettricità statica. Anzitutto rileva i risultati ottenuti fin dall'epoca della sua scoperta nella cura di diverse forme morbose specialmente paralitiche, deplorando che le gloriose scoperte del Volta e del Galvani, assorbendo interamente l'attenzione dei medici facessero cadere in dimenticanza il poderoso presidio terapeutico. Oggigiorno però l'elettricità statica venne richiamata in onore per opera specialmente di Arthuis e di Vigouroux. Essendosi quest'ultimo convinto che la produzione dei fenomeni metalloscopici era dovuta alla tensione elettrica dei metalli, gli venne in pensiero di porre in opera l'elettricità stessa, non sotto forma di corrente, ma bensì allo stato di tensione, come avviene nell'elettricità statica: i risultati corrisposero alle sue previsioni, ed egli non esitò a proclamare l'elettricità statica come l'agente estesiogeno il più potente. Riguardo al modo di agire, egli crede che regolarizzi le correnti, che attraversano i nervi equilibrandone la ripartizione. L'Arthuis poi proseguì e confermò le esperienze del Vigouroux. L'A. entra qui in considerazioni di fisica elettro-statica, colle quali dimostra la natura e le proprietà dell'elettricità statica, e i suoi effetti mecanici valutabili sul sistema nervoso. Si occupa quindi delle tre principali modalità con cui si svolge l'elettricità statica, vale a dire del bagno elettro-statico, del vento e della scintilla, ed espone come egli esperì il bagno elettro-statico nella sua inferma, essendoglisi presentata l'opportunità di poterlo fare. Furono praticati di per di complessivamente 23 bagni della durata di un quarto d'ora pei due primi, e di 30 a 40 minuti pei successivi. Il vantaggio si manifestò subito nei primi giorni, e andò sempre aumentando: al 23.° bagno l'inferma aveva ripresa com-

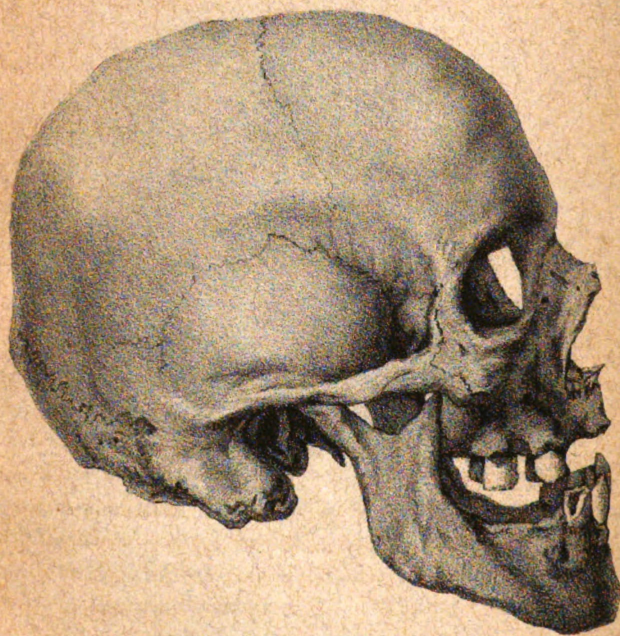
pletamente la funzionalità d' ambo i lati. Durante questi bagni elettrici fu notata una circostanza strana, la facile insorgenza, cioè, d'accessi convulsivi, massime se la tensione era forte, accessi che si troncavano sospendendo il bagno. Il benessere completo della malata non si smentì più in seguito, per cui fu dichiarata perfettamente guarita. L'A. conclude quindi dicendo che il bagno elettro-statico è un agente terapeutico di primo ordine.

E venendo pur io ad una conclusione, non esito per parte mia a dichiarare, che il presente lavoro inspirato a fino criterio e a felice intuito, avvalorato da soda e vasta coltura medica, e svolto con una esposizione ad un tempo chiara ed elegante, è riuscito un completo studio bibliografico, critico ed sperimentale dell' argomento, rimarchevole per originalità di concetti e d'esperienze, e che perciò potrà essere consultato con profitto da quanti s'occupano di questi interessanti studj. Le rivelazioni inaspettate che hanno segnalato il sorgere della nuova scienza sono promettitrici di altri importanti e forse insperati successi; ad ogni modo segnano una fase di vero progresso medico, per la quale la terapia delle malatie nervose viene ad arricchirsi di nuovi potenti presidj, ed hanno aperto un vasto campo di utili investigazioni ai cultori della fisio-patologia del sistema nervoso, fra i quali ora tiene un posto d'onore l'Autore di questa pregevole monografia. *Galli.*

Sul teschio di Antonio Bordoni, matematico pavese. — *Nota del prof.* GIOVANNI ZOJA. — *Memorie del R. Istituto lombardo di scienze e lettere.* Vol. XV, XVI della serie III. Milano.

Antonio Bordoni si segnalò assai presto per severità di studj e potenza d'ingegno, sicchè appena laureato, a 19 anni, fu chiamato ad insegnar matematica nella scuola militare esistente allora a Pavia, poi nominato professore, insegnò matematica con gran plauso in quell'Università per oltre 40 anni. I cultori delle scienze esatte, i discepoli e i congiunti gli eressero una statua nella detta Università.

Il chiarissimo anatomico e antropologo di Pavia, prof. Giovanni Zoja credette giustamente importante d' illustrarne il



Lit. L. Ronchi

teschio e lesse al R. Istituto lombardo nella seduta del 17 maggio ultimo scorso le seguenti preziose notizie, accompagnate dalla fotografia, che qui riproduciamo.

« Il cranio appare di un volume alquanto superiore all'ordinario. Le forme sono regolari, ma non del tutto simmetriche, poichè davanti la metà sinistra sporge un po' più della destra, mentre per lo contrario all'indietro è la parte destra che è più abondante della sinistra.

« Guardato davanti si vede che la fronte è alta, ma non molto larga: le gobbe frontali sono tuttora appariscenti, e così pure sono ben pronunciate la glabella e le arcate sopracigliari. A destra esiste un largo foro sopraorbitale, mentre a sinistra vi tien posto un'incisura. La faccia è alquanto lunga, ma regolare ed armonica. Le orbite sono larghe e profonde, le fosse canine ricolme, la spina nasale e il mento ben pronunciati.

« Veduto dai lati il cranio offre manifestissime le linee curve della fossa temporale d'ambo le parti: sono aperte le suture squamose temporo-parietali, e chiuse tutte le altre: sono pure molto sviluppate le apofisi mastoidee ed assai ampj ed ovoidei i meati uditorj esterni. È poi notevole la differenza di configurazione confrontando il lato destro col sinistro di questo cranio. A destra appare come di figura manifestamente quadrilatera ad angoli curvilinei, e in modo particolare poi alla parte posteriore pel rialzo considerevole del parietale sull'occipitale: a sinistra invece questa quadratura non appare, o è insensibile.

« Anche dall'alto si avverte tosto l'asimmetria della vôlta, notata più sopra. Qui le suture sono ancora tracciate in tutta la loro lunghezza, cioè la coronale per tutto il tratto compreso fra i due *stephanion*, e la sagittale dal *bregma* al *lambda*. Mancano totalmente i fori parietali. In tutta la regione della vôlta cranica non si scorgono ancora tracce di atrofia senile.

« Guardato all'indietro il cranio offre poca sporgenza dell'osso occipitale; aperta in tutta la sua lunghezza la sutura lamboidea, nella quale si vede un solo ossicino Wormiano verso l'estremità sinistra.

« Dal basso il teschio non presenta di rimarchevole altro che la robustezza delle arcate occipitali e delle altre scabrezze di

attacchi muscolari; ampio e quasi circolare il foro occipitale; è molto largo anche il foro mastoideo del lato destro.

« Per il foro occipitale si vede che il cranio internamente al vertice e sui lati ha delle solcature vascolari ben manifeste ed alcune infossature da granulazioni Pacchioniane, che in qualche punto, specialmente a sinistra, hanno assottigliato considerevolmente la parete cranica. Del resto tutto appare normale.

Secondo Gall e seguaci, nel cranio di Bordoni sarebbero spiccate le sporgenze del *tempo*, della *causalità*, della *comparazione*, della *benevolenza*, e più ancora quella della *giustizia* e della *idealità*, e in altissimo grado poi quelle della *circospezione*, della *approvazione* e della *fermezza*; poco manifesti sarebbero i segni del *numero*, della *mecanica* (!) e del *desiderio di avere*.

Misure del cranio.

Circonferenza orizzontale		mill.	542
Curva anteriore (preauricolare)		»	300
» mediana antero-posteriore (fronto-iniaca)		»	340
» trasversale (sopraauricolare)		»	350
Diametro antero-posteriore massimo		»	190
» trasversale massimo		»	153
» verticale		»	148
» frontale minimo		»	102
» *stephanico*		»	126
Indice cefalico		»	80,52
Foro occipitale	Diametro antero-posteriore	»	38
	» trasversale	»	32

Misure della faccia.

Altezza totale (secondo Taruffi)		mill.	144
» semplice		»	88
Larghezza biorbitale esterna		»	108
» » interna		»	90
» bimalare		»	115
» bizigomatica		»	138
Orbite	Diametro orizontale (larghezza)	»	38
	» verticale (altezza)	»	35
	» antero posteriore (profondità)	»	52

Naso	Diametro verticale (altezza)	mill.	54
	» trasversale (larghezza) . .	»	25
Indice nasale		»	46,29
Angolo facciale di Camper		»	72
» » Jacquart		»	75
» » Cloquet.		»	71
Projezione totale della testa		»	250
» anteriore		»	102
Peso del cranio.		gramm.	560
» della mandibola		»	62
» totale del teschio		»	622
Capacità cranica (coi pallini di piombo) .		c. c.	1680
» delle orbite (approssimativa) . .		»	50

« Secondo Gustavo Le Bon la circonferenza del cranio di Bordoni, desunta dal calcolo dei due diametri antero-posteriore e trasversale, dovrebbe essere di mill. 553, e quindi di undici millimetri in più della misura effettiva. E applicando la formola:

$$C = D.A.P \times D.T \times D.V \times \frac{19}{45},$$

che l'egregio amico prof. Eugenio Beltrami ebbe la gentilezza di proporre al prof. Luigi Calori ed a me, e che corrisponde nella maggioranza dei casi assai meglio di quella suggerita dal Broca, communemente adottata, la capacità cranica di Bordoni risulterebbe di c. c. 1816, e quindi di 136 c. c. in più della realtà. Questa sensibile ed insolita differenza trova spiegazione nella ineguaglianza di spessore che osservasi frequenti volte nelle pareti del cranio degli individui avanzati negli anni, come in questo di Bordoni, nel quale lo spessore è normale nella massima parte della vôlta, ma non per tutto, poichè a livello delle gobbe parietali e frontali lo spessore è alquanto maggiore del solito.

« Il cranio di Bordoni è, come la grandissima maggioranza dei pavesi, brachicefalo, ma di primo grado, e riesce interessante sotto varj punti di vista. Intanto non può sfugire all'osservazione quella sua quadratura laterale destra, che tanto richiama la configurazione quasi medesimamente quadrilatera che offre pure il lato destro del cranio di Brunacci. Due matematici, maestro insigne e discepolo emulo del maestro, due te-

ste quadre nel senso volgare e ancora fisicamente quadre e dallo stesso lato.

« Ma fra i teschi di questi due celebri scienziati esistono rapporti non solo di configurazione e di forma, avendo pochissima differenza di indice cefalico, ma ancora di volume e di capacità come puossi rilevare dalla seguente tabella di confronto:

		Bordoni	Brunacci
Circonferenza orizzontale .	mill.	512	552
Curva preauricolare . . .	»	300	300
» antero-posteriore . .	»	340	330
» trasversale	»	350	345
Diametro antero-posteriore.	»	190	185
» trasversale . . .	»	153	150
» verticale	»	148	142
Indice cefalico	»	80,52	81,08
Capacità cranica.	c. c.	1680	1700

« Bordoni soltanto nella circonferenza orizzontale e nella capacità cranica è superato dal suo maestro Brunacci, in tutte le altre misure il primo è superiore al secondo. Quando poi si consideri che Brunacci morì improvvisamente nel pieno vigore della virilità, mentre Bordoni era già da tempo entrato nel periodo della evoluzione regressiva, si rileverà facilmente come negli anni migliori il pavese discepolo dovesse superare il fiorentino maestro anche in quei dati che furono ridotti dall'età.

« L'aver messo a canfronto il cranio di Bordoni con quello di Brunacci, che è uno dei più voluminosi e dei più capaci di tutta la raccolta del Museo anatomico dell'Università ticinese, ci dispensa da confronti con altri pavesi di età pari a quella di Bordoni, giacchè la supremazia di questo sugli altri è già evidente per sè e luminosamente proclamata.

« Non riescirà invece del tutto infruttuoso comparare la testa di Bordoni con quella di altri uomini insigni nelle scienze, nelle lettere e nelle arti, dei quali si sono potute avere sicure notizie antropologiche; e qui troviamo subito che se la circonferenza orizzontale del cranio di Bordoni sta al disotto di quella di Volta, di Donizetti, di Panizza, di Bussedi, di Sant' Ambrogio, di Nicolini, di Brunacci, di Massacra, di Fusinieri, supera quella

dei cranj di Petrarca, di Dante, di Foscolo, di Scarpa, di Flarer.

« Il diametro antero-posteriore del cranio di Bordoni non è superato che da quello dei cranj di Volta, di Panizza, di Massacra, di Bussedi: il diametro trasverso di Bordoni è superiore a quello di tutti, ad eccezione di quello di Panizza, di Scarpa e di Flarer; nel diametro verticale, poi il cranio di Bordoni supera quello di tutti li altri, eccettuati due soli, quello di Sant'Ambrogio e quello di Bussedi.

« Ma siccome nessuna misura vale a stabilire il grado gerarchico di un cranio meglio di quella che si riferisce alla sua capacità, così anche in questa, Bordoni occupa un posto elevato. Il cranio più capace che io abbia misurato è quello del professor Giovanni Maria Bussedi (uomo di molto ingegno e di grande memoria, forte nel greco, fortissimo nel latino, assai dotto anche nella storia, nella geografia, nella politica, nell' estetica e nella pedagogia, morto il 16 luglio 1860, in età d' anni 67 in Pavia), e che corrisponde a c. c. 1910, superiore a quello dello stesso Volta, che è pure uno dei più ampj appartenenti agli illustri italiani. Dopo Volta verrebbero Donizetti, poi Brunacci e subito dopo Bordoni, prima di Flarer, di Massacra, di Petrarca e degli altri citati.

« La notevole capacità cranica di Bordoni conservata fin'oltre a settant'anni, fa pensare subito al volume ed al peso del suo cervello potente. Ma qui ci troviamo di fronte a difficoltà ben maggiori di quelle che si riferiscono alle altre misure; tuttavia non vogliamo trascurare di giovarci dei tentativi fatti in proposito dagli autori, affinchè anco da questo lato emerga lo studio sopra quest' uomo eminente.

« Fatti i debiti calcoli, giusta le prescrizioni degli antropologi seguite anche dal Canestrini, Bordoni doveva avere a 72 anni, un cervello del peso di 1684 grammi. Anche da questo dato rilevasi manifestamente che il Bordoni sta a livello e al di sopra anche di molti altri illustri che furono privilegiati di molto cervello. Bordoni avrebbe avuto quasi 200 grammi di cervello di più del sommo Gauss. Questo fatto giustifica e conforta la credenza di coloro i quali ritennero Bordoni essere stato possente quanto Gauss nel campo speculativo della scienza, se ivi avesse posta la maggior attività; ma essere egli stato meno fe-

condo in tale campo per talune circostanze della modesta sua vita, e particolarmente per avere egli sagrificato larghissima parte del suo tempo alla risoluz'one di problemi d'ingegneria e alla composizione di libri di insegnamento professionale. »

NOTIZIE - VARIETÀ

Concorso. — A tutto il 20 settembre p. v. è aperto il concorso per titolo al posto di Direttore medico primario di Astino con succursale in Longuelo (suburbio di questa città di Bergamo), al quale posto sono annessi i seguenti onorarj, esenti dall'imposta di Ricchezza Mobile e pagabili in via mensile posticipata:

I.° Stipendio annue L. 2800 aumentabile di l.re 400 ogni sei anni di utili servizj e per tre sejenni.

2.° Indennità per vitto, lumi, mobili e biancheria, annue Lire 1200, oltre ad un conveniente numero di locali per alloggio e la legna. Con diritto a pensione.

Ogni concorrente dovrà presentare la sua domanda in bollo competente all'Ufficio di questa Commissione (Palazzo della R. Prefettura) non più tardi delle ore 3 pom. del giorno 20 settembre p. v., corredata dai seguenti documenti:

a) Fede di nascita;

b) Certificato di nazionalità italiana;

c) Certificato di sana fisica costituzione;

d) Certificati dai quali risulti la sua incensurabilità penale e politica;

e) Diploma di laurea in medicina e chirurgia, ed ogni altro documento comprovante servizj prestati in altri manicomj e la sua attitudine al posto a cui aspira.

La nomina è vincolata, per parte del concorrente, ad un servizio obbligatorio continuativo per tre anni.

I capitoli relativi al posto suddetto sono ostensibili presso la sede della Commissione amministratrice dell'Opera pia pazzi in Bergamo nelle ore d'ufficio dei giorni non festivi.

Bergamo, 15 *agosto* 1883.

Il Presidente, G. Lupi.

Quarto Congresso Freniatrico Italiano

Numerose sono le adesioni giunte da ogni provincia d' Italia al 4.° Congresso freniatrico che si riunirà a Voghera ; e hanno promesso di assistervi non solamente molti membri della Società freniatrica, ma anche cultori dell' anatomia, della fisiolohia dei centri nervosi, e professori di medicina forense. Alcuno di questi ultimi insiste perchè si voglia finalmente costituire una sezione di medici legali, secondo che fu proposto nel Congresso di Reggio-Emilia.

Mercè la cortesia e generosità del Municipio di Voghera e l'operosità e il buon volere dell'egregio prof. Raggi, tutte le cose occorrenti e relative al Congresso si vanno alacremente disponendo e preparando, sicchè tutto fa sperare che esso riuscirà non meno numeroso dei precedenti, fecondo di risultati proficui alla scienza e di aggradimento generale. È soltanto desiderabile che si solleciti l' invio di tutti li oggetti che devono figurare all'Esposizione freniatrica, affinchè possano venir messi a posto convenientemente nel locale a ciò destinato.

La Presidenza della Società ricorda che il Congresso verrà inaugurato il **16 corrente settembre**, **a un' ora pomeridiana**, nel Collegio nazionale di Voghera, e durerà sino a tutto il 22.

Intanto si fa un dovere di esibire i programmi e le conclusioni di alcuni lavori relativi ai temi da discutersi nel detto Congresso, dispiacente che li altri lavori non le siano ancora stati presentati.

I.

Conclusioni dello studio sulla *mania transitoria*.

1.° Per *mania transitoria* dovrebbesi intendere una particolare alienazione dello spirito, che sopragiunga improvisa o quasi, in un soggetto pienamente sano e senza predisposizioni

morbose, che duri poche ore, e si termini improvisamente, o rapidamente, non lasciando nell' individuo residui morbosi o disposizione al ripetersi in vita della malatia sofferta.

2.° L' esistenza di cosiffatta alienazione è ammessa in via assoluta da pochissimi alienisti; molti la negano del tutto; mentre altri, pur non negandone la possibilità, consigliano il massimo riserbo, quando si tratti di riconoscerne un caso.

3.° Nella disamina dei casi publicati sotto il nome di *mania transitoria*, è necessario mettersi in guardia contro alcuni motivi d' errore, dei quali primi sarebbero: il costume che hanno i bevitori di alcoolici di negare ostinatamente, e contro l' evidenza, il loro peccato; e l' ignoranza da parte dei medici del passato ventennio, o di non moderna coltura, in tutto ciò che si riferisce specialmente al modo larvato delle manifestazioni epilettiche.

4.° Non è serio ritenere come accesso di *mania transitoria* quello che sussegue poco tempo dopo all' ingestione di bevande alcooliche, quando la quantità e la qualità di esse bevande, relativamente alle condizioni del soggetto, sieno tali da giustificare l' evenienza di una pura e semplice ebrezza alcoolica, che potrebbe anche essere alcune volte ciò che da alcuni chiamasi *mania œbriorum* acutissima.

5.° Premesso ciò, dei molti casi riferiti nella letteratura medica di *mania transitoria*, la massima parte si deve ritenere come altretanti stati di ubriachezza più o meno patologica; non pochi sono manifestazioni larvate di epilessia o d'isterismo; alcuni sono delirj febrili, o equivalenti maniaci di ipertermie per infezione malarica; non rari sono quelli che sono quasi espressioni di reazione esterna, a dolori fisici eccessivi, e prolungati: altri ancora sono rapimenti melancolici in soggetti che nascondevano il turbamento anteriore della loro emozionalità.

6.° Quei casi che, esclusi i sopra accennati, possono dirsi di *mania transitoria*, nella letteratura medica sono pochissimi, e questi hanno una sintomatologia che se pure è lontana dall' essere a loro particolare, è tuttavia pressochè sempre costante ed uniforme. Sarebbe meglio designarli col nome di *furore morboso transitorio*.

7.° I sintomi che si sono osservati communi a tutti i casi

sono: l'arrossamento della faccia; l'aumentata energia delle forze muscolari; li atti di cieca violenza contro altrui o contro le cose circostanti, e non mai contro sè stessi: il cardiopalmo; l'acceleramento del polso; il crescere d'intensità del parossismo violento, fino al completo esaurimento delle forze; la durata del periodo del furore non oltre le 14 ore; un sonno profondo critico; l'amnesia completa successiva su tutti i fatti accaduti durante l'accesso; e in ultimo la non mai avvenuta ripetizione in vita dell'accesso medesimo.

8.° Sintomi non communi a tutti i casi sono: lo scoppiare improviso dell'accesso; essere questo preceduto da segni prodromici di varia natura, quali un violento dolore di capo, o un sentimento d'inquietudine, o taciturnità, o agitazione, o flussioni al capo, o stordimento, o caduta improvisa in terra allo iniziarsi dell'accesso; leggiera confusione di mente dopo il risveglio, o riacquisto completo e subito della lucidità mentale.

9.° La *mania transitoria*, quale manifestazione sintomatica complessiva d'una grave eccitazione della corteccia del cervello, ha una fenomenologia, che può esser eguale a quella che hanno altri stati morbosi o fisiologici che sono effetto della stessa causa prossima: all'accesso maniaco-epilettico, al furore maniaco ordinario, specialmente nel corso della paralisi progressiva; all'avvelenamento per alcool e a quella per gaz di carbone; alla mania acutissima per insolazione; al delirio acuto febrile, parimenti che al parossismo furioso, che può succedere all'ira.

Ne sono prova il sonno terminale e l'amnesia consecutiva all'accesso, i quali non altro esprimono se non il bisogno della reintegrazione, organica e l'incoscienza durata per tutto il tempo che durò il disordine delle funzioni cerebrali.

10.° È scientifico oggidì reagire contro la volgare abitudine di attribuire al giuoco dei cangiamenti vascolari cosiffatti e simili effetti, e rammentare al contrario la genesi secondaria delle iperemie flussionarie nei cervelli che sono ben altrimenti stimolati. Le identiche conseguenze di eccitazione cerebrale abbiamo tanto alla presenza di copiosa quantità di sangue ossigenato, quanto in contatto di un sangue povero di ossigeno, come può esser quello che è dato dagli avvelenamenti per gaz di carbone, per alcool, o per elevata temperatura febrile.

11.° Dalle poche osservazioni di *mania transitoria* conosciute, non si possono rigorosamente stabilire quali sieno i momenti etiologici di maggiore importanza.

In massima si può solamente dichiarare, che causa predisponente è la soverchia eccitabilità nervosa, e momenti eccezionali di incontestabile valore sono i patemi d' animo.

12.° Nella *mania transitoria* si verificano in sommo grado le due condizioni fondamentali della irresponsabilità delle azioni criminose che possono essere commesse durante l' accesso: la nessuna coscienza di delinquere, e la forza irresistibile.

Silvio prof. *Venturi,* Relatore.

Girifalco, 17 agosto 1883.

II.

La educazione come profilassi della pazzia

SOMMARIO.

Aumento dei casi di pazzia — adattazione cerebrale alla maggiore attività dell' odierna vita sociale — criterio educativo della profilassi della pazzia.

Educazione fisica, sue norme generali — educazione dei sensi — educazione del linguaggio — educazione intellettuale, suoi difetti e sue norme generali — educazione morale, senso morale, fondamenti e regole dell' educazione morale — insegnamento religioso.

Eredità fisiologica, differenze intellettuali e morali — necessità che le regole generali dell'educazione vengano appropriate alle condizioni individuali — educazione privata.

Importanza della educazione publica e privata sulla evoluzione della mente, sullo svilnppo del cervello e sull'aumento dei poteri della adattazione fisiologica.

Eredità patologica — limiti della efficacia dell'educazione profilattica della pazzia ereditaria — manifestazioni psicologiche dell' eredità patologica — criterio pratico, norme generali e speciali dell' educazione degli individui predisposti a pazzia.

Difficoltà dell' argomento — necessità di nuovi studj e di nuove indagini collettive.

Si conclude facendo voti:

« che la educazione in generale maggiormente s' informi alle leggi fisiologiche;

« che nelle prime età sia data più larga parte all' educazione fisica;

« che alle madri di famiglia, alle quali la natura stessa ha affidato la prima educazione dell' infanzia, sia reso più facile l' apprendimento delle regole igieniche che mirano a tutelare il normale sviluppo fisico e la prosperità mentale della prole;

« che acconci provedimenti intervengano ad impedire che l' istruzione abbia ad essere, siccome è attualmente, precoce, troppo intensa, difusa e continuata, così nelle scuole elementari e primarie, come nelle secondarie, non proporzionata alla capacità mentale in relazione all' età, ed eccedente i poteri fisiologici della evoluzione e della riparazione organica;

« che un' accurata indagine sia proseguita sulle leggi e sui regolamenti dell' istruzione publica e dell'educazione collegiale in Italia, sui programmi dell' insegnamento nelle varie scuole, per le varie classi ed i diversi corsi, così riguardo all' ordine, come rispetto al numero delle materie insegnate; onde vedere dove e come le discipline dell' insegnamento publico si discostano dai precetti dell' igiene mentale, promovere nuove riforme ed incoraggiare il complemento di quelle che furono iniziate;

« che sia portata speciale attenzione sui risultati degli esami nelle singole materie dei varj corsi d' istruzione primaria e secondaria, onde dedurne sperimentalmente, vista la maggiore o minore facilità all' apprendimento delle medesime, con quale ordine in relazione all'età, rispettata la logica successione delle medesime, si debbano all' insegnamento affidare;

« che l'insegnamento elementare della fisiologia e dell'igiene sia più largamente impartita nelle scuole e formi maggior parte integrale dell' istruzione pedagogica;

« che l' istruzione morale, non tanto nelle scuole elementari, primarie, quanto piuttosto nelle scuole secondarie, sia più largamente sotto varia forma, impartita, proporzionandola al grado della intelligenza generalmente rispondente alle diverse età;

« che sia proveduto non solo alla istruzione letteraria,

ma anche all'educazione morale delle vastissime classi degli operaj, degli artisti e degli agricoltori, e con efficaci sussidj sia facilitato il cómpito delle varie associazioni operaje; perchè le medesime non solamente adempiano all' obligo della mutua assistenza contro le avversità della sorte e le infermità della vita e raggiungano il progressivo immegliamento delle loro condizioni economiche, ma meglio ancora rispondano allo scopo educativo intellettuale e morale, mediante la difusione dei libri istruttivi e dilettevoli che insegnano ciò che è utile e ciò che è dannoso al bene publico e privato e coltivano il sentimento, mercè le conferenze incoraggianti, le distinzioni onorifiche che premiano li atti virtuosi, mercè l'esempio del lavoro e della temperanza, la disciplina, l' ordine ed un elevato concetto della personale dignità; condizioni queste dalle quali è per dipendere in molta parte il progresso intellettuale e morale del popolo e la più efficace difesa contro le molte cagioni che nelle dette classi tuttora cospirano a danno della salute mentale;

« che sia reso obligatorio l' ispettorato medico nelle scuole e per opera dei medici ispettori sia proveduto, non solamente a che i communi bisogni dell'igiene scolastica rimangano sodisfatti, ma pure sia portato nelle scuole una singolare indagine sulle condizioni fisiche degli alunni, sulle disposizioni morbose esistenti, sul grado della capacità mentale, nonchè sulle anomalie fisiche e morali onde meglio regolare la loro educazione e giusta i diversi bisogni avvisare a quei mezzi speciali di educazione che il pedagogo da solo è inabile a consigliare;

« che sia favorita la fondazione di speciali istituti e collegi per l'educazione degli alunni predisposti alla pazzia, quando non si possa senza danno mantenerli nelle publiche scuole, ed avverse circostanze impediscano che la speciale educazione della quale abbisognano si possa seguitare in seno alle loro famiglie;

« che una uniforme indagine, collettiva, statistica, sia portata sui varj elementi educativi, tentando di vedere la speciale influenza che ognuno di essi per avventura dispiega sulla salute mentale.

Perugia, 25 agosto 1883. Dott. *Roberto Adriani*, Relatore.

Dottor Serafino Biffi, *Gerente*.

MEMORIE ORIGINALI

LA PARANOIA E LE SUE FORME — *dei dottori* GIUSEPPE AMADEI *e* SILVIO TONNINI, *medici del Manicomio d' Imola.*

I.

Crediamo che la storia della paranoia sia abbastanza conosciuta in Italia, massime dopo i recenti lavori del Buccola (1) e del Morselli (2), per dilungarci molto a parlare della parte prettamente storica e bibliografica che si connette allo studio della paranoia in genere; soltanto ci diffonderemo un po' più a parlare dell' evoluzione storica con cui si sono svolti il concetto di paranoia e le diverse forme di classificazione, secondo l' opinione dei diversi autori che ne hanno trattato, delle modificazioni e degli impulsi che hanno impresso ad essa le scuole più autorevoli, nell'idea di giungere alla teoria attualmente adottata attraverso ad una serie di documenti, i quali rappresentino come altrettante tappe che abbiano guidato al punto in cui oggi si trova la scienza psichiatrica su questo argomento.

La patria di questa forma è la Germania, dove si

(1) Buccola. *Sui delirj sistematizzati primitivi. Riv. sperim. di fren.* Anno VIII.

(2) Morselli e Buccola. *Contributo clinico alla dottrina della pazzia sistematizzata primitiva.* Torino, 1883.

ebbe il battesimo di *Verrücktheit* e di paranoia (1) fin dal 1818, per opera di Heinroth (2). Questi pare avesse della paranoia un concetto che in certo modo s'avvicina a quello della moderna psichiatria pei fenomeni più salienti del quadro morboso e per la definizione che egli dà di questa malattia. Non pone però la questione se questi stati siano da considerarsi come primarj o come secondarj.

La parola *Verrücktheit* si fece adunque strada in Germania nei primi decennj di questo secolo, a preferenza di quella di paranoia che dopo Heinroth fu adottata dal Kahlbaum e finalmente ai nostri giorni dall' Arndt e dal Mendel.

Nel quarto decennio di questo secolo Esquirol poneva le basi delle sue famose monomanie, il cui concetto regna anche in parte inalterato in Francia e fuori, specialmente in Inghilterra ed in Italia. La Germania non subì punto l'influenza della scuola francese e rimase fedele al concetto della paranoia secondaria alla mania o alla melanconia. Soltanto nel 1845 (3) noi troviamo fatto parola di una *Verrücktheit* primaria, vicina a quelle che derivano dalla mania e dalla melanconia, per opera di Ellinger, il quale, dopo aver parlato quasi esclusivamente della *Verrücktheit* come forma secondaria, ammette che questa possa essere anche primaria (su 32 casi di *Verrücktheit* ne trova 5 di primaria), senza però fermarsi a dipingere quest'entità mor-

(1) Il vocabolo *paranoia* (παρα-νοια, deviamento della mente, delirio; come ανοια, *amentia*) oltre ad essere conforme al resto della nomenclatura psichiatrica, traduce bene e brevemente il concetto generico di *Verrücktheit*, che le parole *delirio sistematizzato* delineano solo parzialmente ed inesattamente.

(2) Heinroth. *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*. I Th., 1818, p. 295.

(3) Ellinger. *Zeit. f. Psych.*, anno 2.°

bosa. Nello stesso anno Griesinger (1) dava nel suo trattato il verdetto di condanna al concetto della *Verrücktheit* come stato primario ed imponeva alla scuola tedesca quello di una *parziale Verrücktheit* come sottospecie degli stati d'indebolimento mentale e sempre secondaria ad una forma primitiva di mania o melanconia. E così ancora per 20 anni la psichiatria tedesca rimase fedele a questo concetto, non affratellandosi mai colla scuola francese, che in certo modo aveva di queste forme un concetto forse patogeneticamente più esatto, quantunque troppo unilaterale.

Nel 1863 Kahlbaum, sempre fedele al concetto dell'origine secondaria della forma in esame, sostituiva alla denominazione di *Verrücktheit* quella di vecordia e richiamava anche in uso quella di paranoia.

Nel 1865 Snell (2) pubblicava un interessante articolo che rappresenta una vera rivoluzione alla vecchia teoria germanica che per tanti anni era rimasta inconcussa. Nel suo articolo lo Snell un poco si accostava al concetto dei francesi, ritenendo che la forma in questione (che egli chiama *Wahnsinn* o monomania) sia da tenersi ben distinta pei suoi caratteri dalla mania e melanconia; quantunque ammetta che la sua monomania è una forma che si estende meno delle altre nel campo della vita mentale, è ben lontano dal concederle il significato unilaterale datole dalla scuola francese. Ammette che nei malati in discorso predomini il sentimento della personalità che non li lascia passivi di fronte alle persecuzioni. Lo sviluppo di questa forma per lo più non è brusco, ma graduato e lento, benchè talvolta avvenga il contrario, e cioè esordisca rapidamente con grande distacco dalle attitudini mentali

(1) *Path. und Ther. der Psych. Krank.* 1845, 1.ª ediz.
(2) Snell. *Uebsr Monomanie als primäre Form der Seelenstörungen. Allg. Zeit. f. Psych.* Vol. 22, pag. 368.

precedenti. Non ammette, come nella mania e melanconia, un esito in profonda demenza.

Nel 1867 anche il Griesinger (1), dando a questa psicosi il nome di *primäre Verrücktheit*, rettificava il suo concetto stabilito fin dal 1845, seguendo quello di Snell ed i tentativi fatti da Morel fino dal 1860 in Francia per dare un posto a sè alla pazzia sistematizzata. E difatti a questo eminente alienista francese, come opportunamente fanno osservare il Morselli ed il Buccola, spetta il merito d'aver avuto l'idea di collocare questa forma fra le ereditarie e progressivamente degenerative.

Il Sander (2), poco dopo il Griesinger, illustrò specialmente la forma originaria della *primäre Verrücktheit*, e nel 1874 il Samt ne illustrava la varietà allucinatoria.

Chi per primo in Germania ha tentato di eseguire una classificazione su basi cliniche è stato il Westphal, che ha ammesso quattro forme, di cui avremo altrove ad occuparci.

Dopo questi lavori, il cui intimo concetto ci fu così ben tracciato dal Buccola nella sua nota sui delirj sistematizzati primitivi, vi sarebbero a citare i lavori di Meynert, Fritsch, Nasse, Hertz, Feaux, Koch, Schäfer, Moeli, Tuczeck, che più o meno seguirono lo schema tracciato dal Westphal ed il trattato dello Schüle (3), sulle cui idee avremo altrove da intrattenerci.

Il Krafft-Ebing (4), ha delineato nel modo il più nitido e razionale le diverse forme di paranoia, collocandole nel grande gruppo delle psicosi degenerative. Nella seconda edizione del suo trattato ha tolto dalle forme di paranoia, facendone una forma degenerativa

(1) *Arch. f. Psych.* Vol. 1, pag. 148.
(2) Id. Vol. 1, pag. 347.
(3) *Handbuch der Geisteskrankeiten*, nello *Ziemmssen's Handbuch*. Leipzig, 1878.
(4) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psych*. Zw. Aufl., 1883.

a sè, le idee fisse considerate già come una forma abortiva di paranoia.

Nel trattato di Arndt, quantunque si accenni a credere alla natura per lo più secondaria della melanconia, la forma di cui ci occupiamo fa parte della *paranoia universalis* o completa, che è primitiva e corrisponde in qualche modo alla *primäre Verrücktheit* degli altri autori tedeschi. L' Arndt ha rimesso in uso la denominazione di paranoia, già adottata dal Kahlbaum e dall'Heinroth e recentemente proposta con criterj razionali dal Mendel, per sostituirla a quella di *Verrücktheit* incongrua al resto della classificazione e prettamente tedesca.

In complesso fino al 1865, mentre in Francia la psichiatria fissò l' origine parzialmente primitiva della pazzia con idee deliranti fisse o sistematiche, con o senza allucinazioni (*monomanie* di Esquirol, *folie sensoriale* di Lélut), la scuola tedesca ha creduto questi stati secondarj a stati primitivi. Ma in seguito, mentre la psichiatria francese si è limitata a stabilire l'origine primaria degli stati paranoici, la tedesca ha non solo emendato il proprio errore, ma ha costruito l' intero e razionale edifizio clinico di questa forma.

Tuttavia però, a titolo di imparzialità storica, è impossibile disconoscere che il filo d' Arianna che doveva guidare la scuola tedesca al razionale concetto di questa forma emana dalle teorie della scuola francese, e lo Snell nel suo bell' articolo, comunque non abbracci il concetto Esquiroliano della monomania, rappresenta il ponte di passaggio fra le due scuole. Ed infatti sulla via tracciata dalla vecchia scuola tedesca prima di Snell non era forse probabile un prossimo arrivo in porto. Nel concetto delle monomanie, per quanto si trovi unilaterale, vi è sempre inclusa l' origine indipendente dagli stati primitivi affettivi. E noi vediamo

che lo Snell adotta la denominazione di monomania e che il Morel si avvicina al concetto moderno raccogliendo pel primo le monomanie sotto la denominazione di *folie systèmatisèe* e tenendole ben separate dalle demenze; mentre al contrario Griesinger arriva a porre la sua *Verrücktheit*, sotto la quale non comprende che le forme persecutorie, fra gli stati d'indebolimento mentale.

In ultima analisi però la scuola francese da oltre una diecina d' anni è rimasta le mille miglia indietro dalla scuola tedesca, che è giunta per opera de' suoi moderni campioni, fra i quali primeggiano Westphal, Schüle, Krafft-Ebing e Mendel, ad un concetto clinico-patogenico esatto riguardo a queste forme. E la Francia che coll'Esquirol, il Lélut, il Morel aveva dato tanta autorità di scienza alla sua scuola, non trova nei suoi più moderni autori chi voglia riconoscere la vera entità della paranoia. Descrittori fedeli del vero, come il Legrand du Saulle ed anche il Ball, hanno delineato luminosamente dei delirj di persecuzione ed ambiziosi, che pel loro insorgere, pel loro decorso e talvolta per l' esistenza dell' elemento degenerativo contengono inclusa la diagnosi di paranoia primaria; eppure nessuno ancora ne ha accettato il razionale concetto.

In America, da ben due anni è stato accettato il concetto clinico della pazzia sistematizzata primitiva in un modo che si avvicina a quello della scuola tedesca moderna, e ciò per opera di Spitzka (1), Beard (2) e Fenn (3) che se ne sono l' uno dopo l' altro occu-

(1) Spitzka E. *Insane delusions; their mecanism and their diagnostic bearing. Journ. of nerv. and ment. disease*, gennaio 1881.

Id. *Medical Times and Gazette*, 19 febbraio 1881.

(2) Beard. *Monomania and Mono-hypocondria. New-York Med. Record*, marzo 1882.

(3) Fenn. *Original Monomania. American medical Weekly*, agosto 1882.

pati in modo che lascia qualche cosa a desiderare.

In Inghilterra e in Italia, dove per lungo tempo sono rimaste inconcusse le idee della scuola francese, si è andata da qualche tempo facendo una reazione. Così in Inghilterra, nel recente trattato di Bucknill e Tuke (1), è rigettata la denominazione di monomania ed accettata quella di *delusional* ed *emotional insanity*.

In Italia fu accettata per lungo tempo la dottrina della scuola francese. Nella classificazione adottata dai più anche tuttora, la pazzia sistematizzata noi la troviamo smembrata fra la monomania intellettuale, la melanconia, la frenosi sensoria ed altre forme ancora. Però il concetto di una paranoia primitiva nel senso tedesco si era già fatto strada, era stato ammesso da parecchi alienisti ed avea servito come argomento di lezioni orali negli Istituti psichiatrici di Torino e di Reggio-Emilia. Però il merito di aver emesso importanti pubblicazioni sull'argomento spetta, come tutti sanno, al Buccola ed al Morselli, sui cui lavori avremo campo di ritornare altrove.

Passiamo ora ad alcune considerazioni intorno all'evoluzione, che hanno percorso sino ai nostri giorni il concetto e la classificazione della paranoia secondo le diverse scuole.

La vecchia scuola tedesca non comprendeva nella paranoia tutte le forme modernamente considerate come varietà di pazzia sistematizzata primitiva. Il più illustre rappresentante di quella scuola, Griesinger, prima del 1867, nella sua *Verrücktheit*, non comprendeva quelle forme che oggi pei tedeschi sono incluse sotto il nome di *primäre Verrücktheit* o di paranoia primaria. La *Verrücktheit* per Griesinger riguarda i soli casi di delirio d'ordine depressivo; e quando que-

(1) Bucknyll and Tuke. *A Manual of Psychological Medicine*, 1879, pag. 50.

st'Autore nella casuistica s' imbatte in osservazioni nelle quali, oltre il delirio persecutorio si ha delirio ambizioso, ne fa una forma composta ed accanto alla parola *Verrücktheit* pone quello di *monomania*, la quale, essendo una forma primaria, come la mania, ne verrebbe che una malattia primitiva (monomania) potrebbe essere l'esito di una secondaria. La monomania o *Wahnsinn*, per Griesinger entra nelle forme primitive di esaltamento mentale, e quindi, nel concetto dell'Autore, è ben lontana dai delirj di persecuzione, che sarebbero stati di indebolimento mentale.

Fra i casi descritti da lui come esempj di monomanie esaltate ve ne sono due che molto si accostano al quadro comune della demenza paralitica, e ve ne ha uno di classica pazzia sistematizzata, in cui il primo delirio è stato quello di persecuzione, l' ultimo quello di grandezza. Or bene, il Griesinger tien conto solo di quest' ultimo come criterio per la classificazione, e spiega l' antecedente e sempre vivo delirio persecutorio come uno stato di melanconia.

Chi adunque di punto in bianco volesse saltare alla dottrina odierna sulle basi della vecchia teoria tedesca, e raccogliere in un gruppo le forme di paranoia, le troverebbe smembrate nella monomania (*Wahnsinn*) esaltata, forma primitiva analoga alla mania, e nella *Verrücktheit*, forma secondaria d' indebolimento mentale. Egli dovrebbe non solo elevare al grado di forma primaria la varietà più tipica (persecutoria) della paranoia, ma altresì togliere i delirj ambiziosi, erotici, religiosi dalle forme di esaltamento maniaco e collocarli al fianco dei persecutorj.

Neppure colla teoria Esquiroliana si sarebbe giunti ad un concetto clinico esatto delle forme paranoiche, ma forse però, per ciò che riguarda la distinzione classificatoria, in questa teoria noi troviamo

più concentrate le forme in discorso, e quindi più facilmente elevabili al concetto unitario della paranoia. È ben vero che l' Esquirol intendeva per lo più a caratterizzare con questo nome le forme gaie ed espansive, ma ammise altresì le monomanie omicide, incendiarie nelle quali, quantunque non sia detto esplicitamente, non è difficile rinvenire spesso il delirio di persecuzione.

Ad ogni modo il merito sommo di aver riconosciuto la stretta parentela delle forme depressive ed esaltate di paranoia, oltre a quello di averle elevate a forme primitive ed incluse in un sol gruppo, spetta certamente allo Snell, il quale, in quel suo nitido articolo già citato mostra di avere della paranoia un concetto assai vicino al moderno, quantunque adotti la denominazione di monomania o di *Wahnsinn.* Distingue pel primo accuratamente la paranoia dalla mania, dalla melanconia e dalla paralisi, e dimostra che il punto clinico più eminente della forma in esame è il delirio *ex se.* In questo articolo troviamo già distinte le forme persecutorie dalle ambiziose, che per lo più hanno minor importanza delle prime, ma possono tuttavolta costituire il nucleo primitivo della malattia. Nella sintomatologia si tien gran conto delle allucinazioni, benchè non si trovi distinta una forma allucinatoria a sè. È fatto cenno della trasformazione della personalità.

Il Griesinger accettando nel 1867 le idee dello Snell, oltre al delirio di persecuzione e di grandezza accennò alla forma ipocondriaca ed alla erotica; per cui già nel 1867 avevamo la paranoia distinta, secondo il contenuto del delirio, in un modo che di poco s'allontana da quello della scuola moderna.

Il Morel fin dal 1860 aveva riconosciuto la sistematizzazione di questi stati deliranti e li aveva collo-

cati molto vicino all'ipocondria; aveva riconosciuto che spesso il delirio di grandezza non è che una trasformazione logica di quello di persecuzione, di modo che entrambi i delirj formino assieme un sistema. Inoltre, avendo egli collocato questi stati nella categoria degli ereditarj per esagerazione del temperamento nervoso dei parenti, aveva già poste le fondamenta per riconoscere il carattere degenerativo di queste forme, o almeno, sotto altri termini, avea teso la trama di quella forma originaria di pazzia sistematizzata che nelle mani di Sander giungeva otto anni dopo ad assumere tanta importanza e razionalità. Il Sander illustrò maestrevolmente la forma originaria della paranoia, in cui ammise che durante lo sviluppo dell'organo psichico si svolgono nascostamente tutte le fasi evolutive, che a età più inoltrata lasceranno scaturire gli stati deliranti in modo logico, come manifestazioni normali di uno sviluppo abnorme. L'eredità è l'elemento eziologico predominante, eredità di nevropatie, ipocondria, eccentricità (Morel). Dopo un lungo silenzio, il Samt nel 1874 illustrava la forma allucinatoria distinguendola in persecutoria ed esaltata.

Dal 1874 al 1878 non sappiamo che alcuno si sia occupato della paranoia. In quest'ultimo anno il Westphal tentò di dare una classificazione razionale delle forme morbose comprese sotto la denominazione di *primäre Verrücktheit.* Senza toglier alla classificazione del Westphal i pregi che le competono, essa non poteva però reggere lungamente alla critica, essendo composta di elementi eterogenei che nè possono considerarsi paralleli per costruire un edificio congruo e simmetrico, nè mantengono le singole forme distinte in modo da non poter rientrare le une dentro le altre.

Il Westphal ammette quattro forme:

1.° La forma ipocondriaca;
2.° » cronica;
3.° » acuta;
4.° » originaria.

Dividendo in parte le teorie del Morel, che accenna ad accomunare le forme di pazzia sistematizzata coll'ipocondria, il Westphal ha dato alla paranoia ipocondriaca l' importanza di un gruppo cardinale vicino a certe forme molto più comprensive, quali l'originaria, l'acuta, la cronica. E qui giova notare che la forma ipocondriaca può essere benissimo una varietà delle altre classi di paranoia distinte dal Westphal, e specialmente della cronica e della originaria. La forma ipocondriaca in sostanza non è che una modalità della pazzia sistematizzata con allucinazioni, e precisamente allucinazioni cenestetiche, viscerali. Ora, a noi non pare conveniente collocare una varietà molto subordinata a fianco delle altre forme nelle quali essa è suscettibile di rientrare. E così, a mo' d'esempio, le forme originarie sono spessissimo a fondo ipocondriaco, mentre la distinzione del Westphal verrebbe ad escluder ciò; così pure può comprendere delle varietà ipocondriache la forma cronica e forse anche l' acuta.

1.° La forma ipocondriaca propriamente detta, in cui le preoccupazioni ipocondriache dominano tutta la vita psichica del malato è spesso una sottospecie della varietà allucinatoria della paranoia originaria, nella cui forma il delirio ipocondriaco ha un gran giuoco, ma non per questo è di esclusiva pertinenza della paranoia originaria, perchè in tal caso la si potrebbe staccare per farne una forma a sè. Ma siccome il delirio ipocondriaco figura anche nella forma cronica non originaria e talvolta anche nell' acuta, non è possibile elevare razionalmente a gruppo naturale e di primo ordine la forma ipocondriaca. Infatti il primo criterio

di una classificazione mira, quando è possibile, all'elemento psicogenetico, poi al decorso, poi al contenuto e finalmente ai principali episodj dello stato morboso.

2.° La forma originaria è fra quelle stabilite dal Westphal, dietro le vedute di Sander, quella che meglio delle altre occupa razionalmente il posto d'una forma di prima classe, forma che anche ora si può ritenere, quantunque sottospecie di un' altra forma più comprensiva, quale è la degenerativa, di cui più oltre ci occuperemo.

3.° La forma *acuta* del Westphal, quantunque sia piuttosto una sottospecie che un gruppo naturale da potersi mettere al pari colla forma originaria, pure indica un reale progresso nella dottrina della paranoia. Con questa varietà il Westphal per primo, imitato da pochi, ammette che vi siano delle forme in cui il delirio esordisce con violenza per lo più sotto fenomeni allucinatorj imponenti, di guisa che i malati si mostrano agitati, irrequieti, ansiosi, da poter talvolta render giustificabili certi errori di diagnosi che portano a confondere questa forma colla mania, la melanconia ansiosa, il delirio sensoriale.

Ed è questo un fatto non raro ad osservarsi nei manicomj; quanti dei così detti melanconici con stupore, quanti dei così detti stupidi non sono invece sotto l' incubo di delirj, allucinatorj o no, più o meno sistematizzati; quanti così detti *raptus melanconici* non sono altro che un episodio di un represso delirio di persecuzione con allucinazioni imperative, senza alcun fondo affettivo! Che differenza vi ha fra questi deliranti, che si son già creati un sistema nel loro delirio, che subiscono all' occorrenza profonde modificazioni nella personalità, che tutto involvono nel proprio delirio, che differenza, dico, fra questi individui ed i veri paranoici cronici, se non in ciò che i primi

guariscono ed i secondi no? Ed ecco già una prima pietra scagliata contro alla teoria che, capitanata dal Morel, tendeva a dare a tutti questi stati la tinta fosca ed inappellabile di stati assolutamente inguaribili.

Un altro fatto prova la grande analogia fra la così detta forma acuta e la cronica tranne che pel decorso. Si ammette generalmente che la paranoia sia sempre cronica, che questa diagnosi suoni il verdetto d'inguaribilità già per sè stessa. Ora, come avviene che tutti i trattatisti, anche i più riputati e moderni, ammettono che la guarigione sia rara, ma pur possibile? Ciò significa non altro se non che si son prese, per la loro grande analogia, le forme acute per le croniche, e che la guarigione delle prime ha fatto credere ad una possibilità di un esito talvolta non infausto nelle forme paranoiche in genere. Inoltre le forme acute di Westphal esordiscono con fenomeni bruschi, violenti, che facilmente si fanno entrare nel quadro della mania o della melanconia, ed ecco perchè si ritiene che i casi di guarigione di paranoia siano pochissimi, mentre in realtà, per ciò che riguarda le forme che noi più avanti denomineremo psiconeurotiche, si ha una guaribilità non di molto diversa da quella delle altre psiconeurosi. Adunque il Westphal ha il merito di aver visto che esistono delle forme non naturalmente discernibili dalle altre di paranoia, che tuttavia sfuggono al marchio della degenerazione, che non ne hanno alcun carattere.

4.° La forma così detta cronica, che il Westphal tiene ben distinta dall'originaria, che è sempre una forma cronica, non differisce dall'acuta se non perchè insorge lentamente e perchè o il delirio si connette ad allucinazioni come tentativo di schiarimento, oppure sorge primitivamente dall'incosciente e finisce per organizzarsi. Questa forma ha un decorso per lo più

per esacerbazioni e remissioni, e più delle altre conduce ad un certo indebolimento mentale. Non si fa in essa cenno dei caratteri degenerativi della forma originaria, per cui sembra che l'Autore abbia voluto contrapporre questa forma all'acuta, ma quasi considerandola non altro che una forma più grave, che ha avuto un esito infausto, ma che tuttavia non prende le mosse da uno stato degenerativo del cervello. Certamente l'Autore, creando questa varietà, ha mirato a far un posto a quelle forme che hanno un decorso cronico come le originarie, senza però avere con queste nessuna somiglianza patogenetica.

Ora dunque nella classificazione del Westphal, non solo troviamo gli elementi per ritenere fondato il concetto di una paranoia acuta, ma quello altresì di una forma non degenerativa, quantunque cronica.

Nel 1878 apparve il trattato dello Schüle, in cui troviamo svolti alcuni dei concetti più diffusamente e chiaramente trattati dal Krafft-Ebing e sui quali daremo un cenno quando parleremo della nostra classificazione. Pel resto, dal 1878 fino al 1880 poche furono le varianti introdotte dagli autori alle classificazioni antecedenti. Così citeremo l'aggiunta fatta dal Merklin e dallo Schäfer di una forma isterica, la quale può avere al più la stessa importanza nella serie della forma ipocondriaca e che quindi può piuttosto esser considerata come sottospecie. La distinzione dello Scholtz in paranoia originaria ed allucinatoria esisteva già fino dall'epoca del Samt.

Accenneremo poi appena di volo al tentativo del Leidesdorf di risuscitare la vecchia teoria della secondarietà dei delirj ad altri stati psicopatici e di mantenere in piedi il vacillante edificio ricorrendo ad argomenti non troppo felici, quale, per esempio, quello di ritenere che quando la malattia non è secondaria ad

un altro stato psicopatico, può essere secondaria alle malattie infantili, ai traumi, da cui talvolta lo stato morboso mentale sembra prender le mosse (1). È per lo meno strano considerare una malattia come secondaria alla causa.

Oltre gli autori già nominati si occuparono della paranoia, prima del Krafft-Ebing, l'Hertz, il Meynert, il Feaux, il Kock, con dotti articoli che non contengono nulla d' importante riguardo alla classificazione.

Nel 1880 la paranoia apparve illustrata in tutta la sua importanza, distinta razionalmente secondo il suo contenuto, per opera dell'illustre Krafft-Ebing. Questi completando, anzi rifacendo su vie più clinicamente pratiche e razionali, il concetto espresso già dal Morel ed anche dallo Schüle, collocò la pazzia sistematizzata nella grande classe delle degenerazioni psichiche, rigettando naturalmente le forme acute guaribili e quante altre acute o croniche avessero un'apparenza psiconeurotica. Fissato questo punto, stabilito che i due tipi di idee deliranti sono le persecutorie e le grandiose, che spesso queste sono come secondarie, come risultato di un processo di trasformazione di quelle, stabilì la forma persecutoria e la superba colle relative varietà (dei querulanti, erotica, religiosa, ecc.). Accanto a queste mise, nella sua prima edizione, la pazzia sistematizzata con idee fisse, da distinguersi da quella con idee deliranti perchè non giunge mai a trasformare la personalità del malato, che è cosciente del suo stato morboso. Nella seconda edizione del suo trattato il Krafft-Ebing, ha levato le idee fisse dalla pazzia sistematizzata come quelle le quali, più che una forma di pazzia sistematizzata, costituiscono una tappa verso la paranoia primaria, oppure uno stato abortivo di questa.

(1) Leidesdorf. *Trattato delle malattie mentali.* (Trad. *Ungern Sternberg*. Loescher, 1878).

Tutti i casi descritti da altri autori come forme di *paranoia acuta* (Westphal), *forma acuta allucinatoria di delirio sensoriale* (Meynert), *mania allucinatoria* (Mendel), *stupore delusionale* (Newington), *demenza acuta* (Tilling), egli raccoglie tutti in un fascio facendoli rientrare in una nuova forma di psiconeurosi che egli denomina *Wahnsinn.* L'illustre Autore ha il merito di aver aggiunto questa nuova forma alle altre, una forma assai frequente, di cui si sentiva serio bisogno nella classificazione, massime delle forme psicopatiche a decorso acuto. Questa nuova forma, descritta colla solita maestria dall'Autore, impedirà dal cadere in grossolani errori e toglierà l'antico imbroglio che regnava e regna anche in parte riguardo alle forme deliranti in genere, massime le non sistematizzate. La diagnosi differenziale fra questa forma e il delirio acuto, la mania, la melanconia, la stupidità, sono stabilite in modo da non poter cader in errore su tale proposito. Ma ciò che forse non è ben stabilito si è il criterio netto, differenziale fra la *Wahnsinn* in questione e le forme paranoiche non complicate a segni di degenerazione e che si sono iniziate da poco tempo. Dice l'Autore che il delirio nella *Wahnsinn* non giunge mai a tale coerenza da potersi sistematizzare; eppure ciò non è sempre vero, ed egli stesso descrive dei casi in cui il delirio dura per molti mesi e perfino per anni, con allucinazioni, con trasformazione della personalità, riferimento al proprio delirio di quanto li circonda, ecc., come nelle forme inguaribili; casi che poi sono guariti. E così pure, nelle forme degenerative pone un caso (osserv. 37.ª) che potrebbe figurare vicino ad alcuni di quelli descritti come casi di *Wahnsinn*, in cui il delirio è sistematico, caso che pure andò a guarigione.

È innegabile che al Krafft-Ebing spetta il merito sommo di aver messa la paranoia in tutta la sua evi-

denza, tanto più che, volendole pure assegnare un posto unico nella classificazione, siccome il maggior numero di queste forme rientra infatti negli stati palesemente degenerativi, il posto più razionale per essa appare il gruppo delle degenerazioni psichiche. Ad ogni modo però a noi sembra che il concetto incluso nel lavoro già citato del Westphal, appoggiato anche dall' Hertz, dal Kock e poi dal Mendel, avesse per lo meno dovuto esser discusso.

L' Autore collocando la paranoia nelle forme degenerative si fissa specialmente su questi cardini:

1.° Essa è quasi esclusivamente una forma morbosa d'un cervello tocco e per lo più ereditariamente.

2.° Nel nucleo di questa forma figurano le idee deliranti, il cui primitivo significato si rileva dalla mancanza di ogni fondo affettivo o di un qualsiasi processo di riflessione che abbia dato origine alle idee deliranti.

3.° La malattia ha un carattere stabile, profondamente costituzionale. Essa non conduce alla rottura del meccanismo psichico, ma per lo più lascia intatto l' apparato logico del pensiero.

Riguardo al primo di questi argomenti, senza aver la pretesa di portar delle cifre, diremo che vi sono alcuni casi di paranoia classica per lo sviluppo ed il decorso del delirio, in cui mancano assolutamente le prove non solo della ereditarietà per psicopatie o neuropatie, ma altresì della degenerazione psichica antecedente alla malattia attuale. Ciò ora annunciamo basandoci specialmente sulle idee del Mendel, e riservandoci di ritornare sull' argomento nella trattazione speciale e nell' esposizione della nostra casistica.

L' idea delirante primitiva di per sè non include veramente un elemento di degenerazione psichica. Che l' idea delirante proveniente dall' incosciente, sia per lo più l' appannaggio di un cervello degenerato, è certa-

mente da ammettersi, ma è altrettanto vero però che in questi casi abbiamo una schiera non dubbia di concomitanti segni di degenerazione, che ci aiutano a ben classificare questa forma. Ma per converso abbiamo delle idee deliranti che sorgono primitivamente, prima disordinate o vaghe, poi più o meno sistematiche, le quali non si legano ad alcun segno di degenerazione e sono più o meno suscettibili di guarire. La nuova forma stabilita dal Krafft-Ebing, la *Wahnsinn*, ci aiuta a comprendere il meccanismo intimo di quelle forme di paranoia che si possono chiamare acute. E qui si noti che la *Wahnsinn*, considerata come forma acuta o come una tappa della paranoia cronica, ha origine da uno stato neurastenico analogamente a quanto avviene delle idee fisse, forma questa da considerarsi come forma cronica abortiva di paranoia od anche come una tappa verso di questa. L'Autore non dubita di porre la *Wahnsinn* fra le forme psiconeurotiche. Eppure in questa forme il delirio, allucinatorio o no, è primitivo, manca in esso ogni fondo affettivo od un qualsiasi processo di riflessione che gli abbia dato luogo.

La *Wahnsinn* del Krafft-Ebing, che ha tanti punti di contatto coi delirj da inanizione e colla stupidità, spesso si sviluppa in individui ereditariamente disposti, più o meno neuropatici, che potrebbero trovar un posto accanto ai degenerati, ed è anzi possibile che in seguito si rivelino addirittura per paranoici quelli che in principio, per lo stato brusco ed acuto della forma morbosa, furono presi come affetti da delirio sensoriale. Talvolta questi casi di *Wahnsinn* si trasformano in casi di delirj che raggiungono un certo sistema, comunque il Krafft-Ebing lo neghi sempre. Non solo, ma alcuni casi di vera paranoia, degenerativa o no, cominciano col quadro preciso della *Wahnsinn*, massime molti di quelli che passano nelle vecchie clas-

sificazioni sotto il nome di frenosi sensoria. Dunque la *Wahnsinn* potrebbe benissimo essere uno stadio di certe forme paranoiche, poniamo le allucinatorie, quando il delirio giunga ad essere assunto in un certo sistema. La *Wahnsinn* col delirio vago, confuso, merita di rimanere come forma a sè, e questa guarisce od anche passa a stati di indebolimento mentale. Ma talvolta, e ne abbiamo dei casi, il delirio, da vago e confuso diviene più o meno sistematico e regolare, si rivela come paranoico e passa a guarigione anch'esso, oppure perdura più o meno cronico, per condurre poi ad un mentale indebolimento, non così forte come quello della mania o melanconia, ma forse più forte di quello che si ammette in ogni altro caso di paranoia. Adunque la primitività del delirio non è di per sè sola un elemento degenerativo, riscontrandola noi in certe forme che hanno l'aspetto psiconeurotico, ed in certi individui che nulla hanno di degenerativo.

Nel meccanismo psicogenetico della paranoia primaria il Krafft-Ebing ha dato ai disturbi sensoriali l'importanza come di una complicazione, che quasi mai manca nell' acme della malattia, ma ha ommesso di distinguere le forme principali in allucinatorie e semplici. Ciò forse non è inutile perchè non di rado le idee deliranti sono tanto connesse, se non secondarie, alle allucinazioni da arrivare talvolta a creare un sistema di delirio che merita una distinzione speciale. Ora, questa forma può esordire in un originario, in un eccentrico, con fenomeni neuropatici, esordire cronica, ed allora ci troveremo davanti ad una forma inguaribile degenerativa. Oppure esordisce con fenomeni bruschi, come una malattia acuta del cervello, come *Wahnsinn*, ed allora avremo occasione di dimostrare come essa, sempre paranoia pel sistema del delirio, sia suscettibile di aver gli esiti delle comuni psiconeurosi.

Che la paranoia abbia per lo più un carattere stabile costituzionale sia pure, ma non mancano i casi che dimostrano il contrario. Che il meccanismo psichico del pensiero conservi fino all' ultimo l' apparato logico è certo un bel segno che la forma è costituzionale e degenerativa, ma però non è sempre così. In certi paranoici che già da molti anni son malati, si ha campo di osservare che i loro delirj sono frantumi, ruderi di idee senza nesso associatorio, che i loro scritti rivelano una limitazione intellettuale certo maggiore di quella dei paranoici dei primi anni, il che non dovrebbe mai avvenire nel concetto dogmatico che la mente dei degenerati debba rimanere non suscettibile di ulteriore degradazione. La questione degli indebolimenti mentali consecutivi è certo molto spinosa, nè alcuno oserà mettere in dubbio che essi sono per lo più successivi soltanto agli stati psiconeurotici.... ma anche questo non è un dogma, perchè non è vero a rigore che tutti i melanconici o maniaci guariscano o divengano dementi. Quanti ve ne sono che conservano per anni ed anni un certo eccitamento maniaco cronico, conservando intatto il meccanismo logico del pensiero! Quanti ve ne sono di melanconici che vivono rassegnati nei manicomj per anni ed anni, laboriosi, ordinati e corretti negli scritti! E conviene ancora ricordare i casi troppo poco conosciuti di guarigione incompleta (Heilung mit Defect).

Un altro fatto che può in certo modo valere ad escludere che sempre in ogni caso le forme deliranti sistematiche siano forme degenerative si è che talvolta certi delirj sistematici possono anche divenire periodici. Ora, se la periodicità è di per sè un carattere degenerativo, la specie che è rappresentata periodicamente è una psiconeurosi, prescindendo da certe forme di disturbi mentali legati alle neurosi

quali l'isterismo e l' epilessia. Noi non possiamo concepire la periodicità delle forme degenerative di disturbi mentali come la pazzia morale, l' affettiva, la paranoia originaria, ma bensì della mania, della melanconia ed anche del delirio.

Il Krafft-Ebing ha descritto la pazzia periodica in forma di delirio. Noi abbiamo avuto occasione di osservare una donna che a periodi di 5 o 6 giorni va soggetta per un giorno ad uno stato allucinatorio delirante sistematico, che ad ogni accesso è identico: sono sempre assassini con visi mascherati, con lunghi coltelli che entrano nella camera. Questo è evidentemente un caso di degenerazione psichica, ma la forma brusca, acuta di ogni accesso ricorda lo stato omologo psiconeurotico di certi casi di *Wahnsinn* o di paranoia acuta. La suscettività adunque che hanno alcuni delirj non caotici, ma in certo modo sistematici, a divenire periodici, prova che queste forme isolate, non periodiche, costituiscono uno stato psiconeurotico, poichè le altre forme degenerative (paranoia originaria, pazzia morale, affettiva), ad eccezione di quelle che dipendono da una neurosi, hanno un carattere di stazionarietà e le forme periodiche, comunque nel complesso degenerative, come già altrove uno di noi fece notare (1), ritraggono i loro periodi accessuali da altrettante forme psiconeurotiche, fra le quali sarà adunque possibile porre talvolta anche il delirio sistematizzato.

Ed ora due parole sulla paranoia secondaria che il Krafft-Ebing ammette, naturalmente, nel gruppo delle psiconeurosi, fra gli stati secondarj di indebolimento mentale. Ammette che per lo più questo stato sia l'esito della melanconia con idee deliranti e che molto raramente tenga dietro alla mania, poichè in questa forma

(1) Tonnini. *La pazzia circolare. (Arch. ital. per le malattie nervose*, ecc. Anno 20.°, fasc. IV, 1883).

pel rapido corso dei processi psichici, è raramente possibile che questi si sistematizzino. Ammette l'Autore che in questi stati esistano più o meno stazionarie le idee deliranti, anche quando si sono spenti gli stati affettivi (melanconia, mania) che avevano dato origine a quella forma.

Notiamo poi come il Krafft-Ebing non abbia fatto nella paranoia secondaria un posto agli esiti di un' altra psiconeurosi con delirio, la *Wahnsinn*. Qui infatti il delirio è molto più manifesto e talvolta più sistematico di quello non avvenga nella mania e melanconia, dove è episodico e secondario; ed ecco perchè l'Autore non ha ammesso la paranoia secondaria da *Wahnsinn* perchè non può disconoscere che qui il delirio, comunque in principio molto acuto e caotico, è sempre primitivo, non dominato da stati affettivi dell'animo, e perciò non si può fare una forma secondaria di un delirio che esiste fin dall' esordio della malattia. Abbiamo nella *Wahnsinn* una psiconeurosi che non passa a paranoia secondaria, come a paranoia secondaria non passa la paranoia primaria.

Il Krafft-Ebing dice che nella *Wahnsinn* il delirio è troppo caotico, caleidoscopico per poter giungere ad una forma sistematica. Ma anzitutto vi sono forme che, dopo l' esordio brusco ed acuto, passano ad un periodo relativamente sistematico, e noi lo proveremo. Ma anche se ciò non fosse, è tanto vago, caotico o demente il delirio del paranoico secondario, da potersi benissimo collegare con quello più caotico della *Wahnsinn*, come del resto è caotico e vago il delirio del melanconico che fornisce il maggior contingente alla paranoia secondaria.

Ommettiamo di parlare della classificazione dello Spitzka, di cui può trovarsi un cenno nel recente lavoro di Morselli e Buccola.

I lavori del Buccola e di Morselli e Buccola, già citati, hanno il merito di aver sparso un po' di luce sul concetto generale delle forme paranoiche in Italia, dove prima di questi lavori non era ancor stato scritto nulla. L'ultimo dei due citati lavori compendia tutto quanto di razionale ed esatto si conosceva prima del lavoro del Mendel di cui parleremo or ora. Ha il merito di rendere popolare ed intelligibile il concetto della paranoia a chi non fosse iniziato alle teorie della scuola tedesca. Riguardo ai criterj classificatorj, gli Autori pur considerando sempre le forme paranoiche come eminentemente degenerative, ne distinguono due categorie:

1.° Delirj sistematizzati primitivi per anomalia di sviluppo dell' individualità psichica.

2.° Delirj sistematizzati primitivi insorgenti in una individualità psichica già sviluppata.

Il primo di questi due gruppi corrisponde alla forma originaria descritta da Sander, e fu dagli Autori riscontrata con certa frequenza tanto nel manicomio che nella pratica privata. Essi tengono accuratamente distinta questa forma da tutte le altre di paranoia e tendono a collocarla vicino agli arresti di sviluppo psichico, alle frenastenie.

Il secondo gruppo comprende quei casi nei quali pur esistendo spesso l'influenza ereditaria, la malattia si svolge tardivamente sopra un' individualità psichica che ha già raggiunto il suo normale e completo sviluppo. Nelle forme di questo gruppo è spesso riconoscibile una causa occasionale che dà l' impulso allo svolgersi di quelle disposizioni gentilizie che gli Autori ammettono e che, comunque latenti per lungo tempo, conservano alle forme di questo gruppo l' impronta delle forme degenerative. La frequenza dei casi appartenenti a questo gruppo sarebbe, secondo gli autori, maggiore di quella dei casi del primo gruppo.

Da quanto gli Autori espongono si rileva come, latente o palese, l'impronta della degenerazione psichica sia un elemento pressochè costante nelle forme paranoiche. Essi non parlano della possibilità che esistano delle forme croniche con aspetto prettamente psiconeurotico, nè accennano all'esistenza di forme acute guaribili o costituenti una tappa verso le forme croniche.

La memoria più recente e più completa pubblicata all'estero intorno alla paranoia è quella del Mendel (1). La prima distinzione che egli pratica si è quella di paranoia primaria e di paranoia secondaria, mescolando però insieme nella primaria quelle forme che si basano sopra elementi evidentemente degenerativi e quelle che hanno un aspetto non degenerativo e che per gli esiti e per l'esordire loro non si allontanano dal contegno delle comuni psiconeurosi. Stabilita la distinzione di *primaria* e *secondaria*, distingue quella in *semplice* ed *allucinatoria*, entrambe le quali alla loro volta si distinguono in *acuta* ed in *cronica*.

I. *Paranoia primaria semplice.* — 1.° *Forma acuta.* Esordisce per lo più con insonnio, peso al capo, senso di irrequietezza, sulla cui causa i malati non sanno darsi ragione. Mentre per lo più tale stato dura parecchie settimane, talvolta dura soltanto pochi giorni.

Le idee deliranti hanno senza eccezione il carattere della persecuzione. I malati credono di essere vigilati, spiati, talvolta si ha quella forma descritta dal Ball sotto il nome di *délire de persécution sans persécuteur*. Tutto quanto trovano nei libri e giornali viene da essi elaborato nel senso della persecuzione. Mancano completamente i disturbi sensoriali. Molti di questi malati trovansi in uno stato di continuo eccitamento che li spinge a scriver proteste, a ricorrere alla

(1) Mendel. *Verrücktheit. Real Encyclopädie*; 1883.

polizia, ecc. Dopo che tale stato, con diversa intensità, è durato settimane e mesi, i malati cominciano a divenir dubbiosi delle loro pregresse idee dominanti e si avviano gradatamente alla guarigione. La malattia decorre come un acuto delirio persecutorio, che a torto si è fatto entrare fra i disturbi melanconici. Quando non vi ha guarigione questa forma passa nella paranoia cronica semplice.

2.° *Forma cronica.* — Divisa in tre stadj:

1.° *stadio.* Non si può precisarne con sicurezza l'epoca dell'esordio. Spesso si tratta di persone di carattere eccentrico sin dalla gioventù, con tendenze impulsive, alla solitudine, all'ipocondria. Pel resto la loro morbosità rimane lungamente celata a chi li avvicina e nasce in questi un dubbio sulla salute della loro mente quando i malati intavolano quesiti strani ai parenti ed agli amici e scrivono lettere in cui si rivela più o meno abbozzato il loro delirio. E di qui comincia il

2.° *stadio.* Il delirio è giunto ad edificarsi un sistema fisso. Anche qui nel più dei casi si tratta di delirio di persecuzione, ma lo sviluppo è più lento di quello che non sia nelle forme acute. Si ha la trasformazione simbolica degli avvenimenti della vita passata. Al delirio persecutorio presto o tardi si associa il grandioso. In questa categoria rientrano i sedicenti inventori, i solutori di grandi problemi (quadratura del circolo, moto perpetuo).

3.° *stadio.* Questo si rivela con diminuzione dell'energia delle facoltà mentali, persistendo sempre il contenuto delle idee deliranti. Il malato parla solo raramente delle sue idee ed in modo pallido e sconnesso, senza interessamento. A questo stadio appartengono molti di quei profeti e re da manicomio, che si pre-

stano calmi e laboriosi ad eseguire le più umili attribuzioni.

Quali varietà della paranoia semplice il Mendel ammette: *a*) la *paranoia originaria*; *b*) il *delirio dei querulanti*.

Riguardo alla prima, dice che il Sander ha fatto rientrare in essa dei casi di paranoia allucinatoria cronica, mentre egli ritiene che le allucinazioni non siano che un episodio dell'acme della malattia. Fa risaltare il carattere eminentemente degenerativo ed ereditario di questa forma.

Riguardo ai *querulanti*, egli nega in parte ad essi gli attributi più comuni delle forme degenerative, e dice che possono apparire come persone normali fino alla più tarda età, mentre i paranoici originarj sono malati fino dal loro primo sviluppo.

II. *Paranoia primaria allucinatoria.* — 1.° *Forma acuta.* — Dopo uno stadio prodromico che talvolta dura solo pochi giorni, ma spesso più settimane, ed è caratterizzato specialmente da disturbi gastrici, insonnio, umore depresso ed irritabile, appaiono i disturbi sensoriali, massime acustici e gustativi cui si collega subito un considerevole delirio con alterazione della coscienza. I delirj di grandezza e persecuzione si alternano per un certo tempo senza essere assunti ad un sistema. Crescendo l'eccitamento il malato diviene furioso e si distingue appena nei primi stadj dagli stati descritti dal Mendel come mania allucinatoria. Spesso dopo qualche tempo subentra la calma, ma i disturbi sensoriali rimangono: sospettosi e diffidenti, questi malati tutto ascoltano ed osservano, nei cibi ravvisano veleno, parlano di magnetismo. Giunto a questo punto il malato passa ad un secondo stadio in cui si ha la guarigione, oppure si sviluppa la paranoia allucinatoria cronica. La guarigione si ha

quasi sempre gradatamente: le allucinazioni diminuiscono, il malato rimane dubbioso sulla loro realtà.

Spesso questo stato si origina (come la *Wahnsinn* di Krafft-Ebing) dopo una malattia febbrile acuta (febbre tifoide, pneumonite, malattie puerperali, ecc.). Molte psicosi designate come manie da malattie acute rientrano in questa categoria. In altri casi questo stato esordisce dopo accessi isterici od epilettici. Anche nei casi in cui la paranoia è causata dall'abuso di alcool o di morfina, l'esordio è acuto ed il decorso del pari, o almeno subacuto.

2.° *Forma cronica.* — Spesso la malattia si origina in persone dapprima sane di mente, in un'epoca in cui l'individuo è somaticamente indisposto od è sotto l'influenza di un'impressione psichica forte. Il malato un bel giorno si sente ingiuriato; da prima ritiene ciò un'illusione, poi uno scherzo, una mistificazione, finalmente crede in realtà di essere ingiuriato, perseguitato, ed entra in un secondo stadio, in cui le idee deliranti si sistematizzano. Questo stadio è presso a poco simile al secondo stadio della forma semplice, e non ne differisce se non per il predominio delle allucinazioni. Transitoriamente vi ha un periodo in cui le allucinazioni sono negate, ed il delirio è dissimulato, ma si traduce però negli scritti ed in certi atti che i malati commettono quando credono di non esser sorvegliati. La guarigione il Mendel non ha mai osservato; per guarigione spesso sono scambiate certe remissioni che durano anni.

Come varietà di paranoia allucinatoria, l'Autore dà molta importanza alla *paranoia ipocondriaca* che si sviluppa da allucinazioni cenestetiche o viscerali, che conducono al delirio di riduzione, di sgrassamento, di sottrazione dei nervi, di avere esseri viventi nel ventre, ecc.

Riguardo alla paranoia secondaria, l'Autore nulla aggiunge di nuovo a quanto abbiamo già detto più sopra, parlando della paranoia secondo il Krafft-Ebing.

Nel lavoro del Mendel troviamo già espressa l'idea che non di rado nei paranoici non si rinvengono i pretesi segni classici di degenerazione, somatici o psichici. Egli ammette che questi sieno quasi esclusivi della forma originaria. Ritiene che finora non sia possibile istituire una statistica di confronto fra la frequenza con cui si verificano le diverse psicosi rispetto alla paranoia; ammette però che fra le tre forme, mania, melanconia e paranoia, la prima sia la più rara, mentre questa per frequenza sia assai vicina alla melanconia.

L'elemento ereditario non ha, secondo l'Autore, maggior giuoco di quanto abbia nella mania e nella melanconia; soltanto nell'8 per cento dei suoi casi l'Autore ha rinvenuto un tal numero di psicosi nella famiglia dei malati da poter ragionevolmente pensare ad una degenerazione.

Nella classificazione del Mendel noi troviamo che il concetto della paranoia ha ricevuto un grande impulso progressivo sulla via che già le aveva tracciato il Westphal. In essa le forme acute sono state razionalmente illustrate. Sì le acute che le croniche sono distinte in semplici ed allucinatorie, ma però non è ben chiaro perchè l'Autore metta fra le sottospecie delle semplici la forma originaria, considerandola come una varietà molto subordinata da collocarsi accanto alla pazzia dei querulanti, distinguendo queste due forme con caratteri differenziali come se esse potessero mai essere confuse fra di loro. Parla egli della paranoia originaria come varietà di cronica semplice, e poi passa alla pazzia dei querulanti che dice doversi distinguere da quella pel suo sviluppo tardivo pel suo carattere non degenerativo. Questo è uno dei punti più deboli

della classificazione, essendo invece più razionale il considerare col Krafft-Ebing la pazzia dei querulanti come una varietà della paranoia persecutoria, che all'occorrenza può anche essere originaria. Alla forma originaria l'Autore non dà tutta l'importanza che a buon dritto le compete, eppure non dovrebbe essere così neppure nel concetto stesso dall'Autore espresso altrove, ma non bene messo in evidenza. Egli infatti ammette che le sole forme originarie conservano un carattere degenerativo anatomico e psichico, che nelle altre invece manca o si rinviene nè più nè meno che nelle altre psicosi non degenerative (mania e melanconia). Questo avrebbe dovuto essere, anzi è, un carattere tanto eminente da fargli collocare la forma originaria come una forma principe, suscettibile di dare essa stessa delle distinzioni, non di fornire una varietà od una sottospecie. Egli che riconosce come vi siano forme paranoiche acute, guaribili, croniche, da opporsi alle originarie, pure non ha neppur accennato ad una distinzione capitale, che salta subito agli occhi, che dopo quanto è stato detto appare razionale e necessaria, vale a dire la distinzione in forme degenerative e psiconeurotiche, quale anzitutto noi proponiamo come cardine di una più naturale classificazione.

Altri punti vi sono nel citato lavoro del Mendel che ci sembrano un po' troppo assoluti; per esempio, che la forma acuta di paranoia sia sempre soltanto persecutoria. Non ci pare che ora lo studio della paranoia sia giunto ad una fase evolutiva così completa da stabilire già come cosa certa il contenuto ed il decorso di certe forme non ancor bene sanzionate dalla scienza e suscettibili di tante modificazioni. Noi infatti citeremo più avanti un caso di paranoia acuta superba.

II.

Come risultamento naturale e logico dell' evoluzione storica che siam venuti esponendo, noi dobbiamo adottare il concetto sintetico ed unitario di paranoia.

Ed ora vedremo su quali basi di fatto si regga questa sintesi clinica di forme diverse per sviluppo, per decorso, per esito, per contenuto; quali caratteri valgano a dare a questa forma complessa una precisa individualità.

Ne' manicomj e fuori è numerosa la schiera di quegli individui nella cui mente si è organizzato e persiste un sistema di concetti deliranti, che più o meno coerenti tra loro, sono sempre (o quasi) presenti alla coscienza dell' ammalato, ne conquistano la fiducia completa, ne dominano tutto il pensiero, ne colorano il sentimento, ne dettano le parole e gli atti. Ma notiamo già fin d'ora, che questo stato di *delirio sistematizzato* non rappresenta che una forma o una fase, benchè la più caratteristica e culminante, della paranoia; e il quadro ne è abbastanza noto e facile a ritrarre.

In queste condizioni, quando il delirio ha in preda la mente del paranoico, questi mostra, accanto a disturbi sensoriali che nell'un campo o nell'altro quasi mai non mancano, ed a difetto di energia e di vivacità nel processo percettivo (1), limitazione di eccitabilità psichica e di attività associativa ed evidenti profonde alterazioni funzionali del sentimento e dell'intelligenza coesistenti col delirio medesimo.

Esso rivela costante un affievolimento dell' affettività, un' ottusione e fiacchezza di reazione morale a stimoli che non entrino nel cerchio ideale del delirio.

(1) Buccola. *La legge del tempo nei fenomeni del pensiero*, pag. 232.

Sembra come separato dal mondo nel quale è fino allora vissuto, nè le gioie e le miserie altrui lo commovono, incurioso e apatico per ogni fatto che avvenga fuori dell' orbita del suo delirio. L' incuria del sentimento per la generalità degli stimoli emozionali trova corrispondenza in una inerzia e debolezza, funzionale o no, dell' intelligenza. L'acume, l' attività associativa si sono immiserite, ristrette presso al circolo delle idee deliranti; l' attitudine all' osservare, l' apprezzamento obbiettivo delle cose, la capacità a durare in un lavoro logico prolungato, l' attitudine a passare spontaneamente o no da una serie di idee all'altra si presentano come singolarmente limitate.

È su questo fondo di attività psichiche abbassate che noi quasi sempre vediamo, a malattia dichiarata, fiorire vivaci le idee deliranti sistematizzate; e di questo fondo varia l' intensità del colore secondo il modo di insorgere, la fase, il contenuto del sistema.

Ma non è a credere che tale condizione di cose preceda e porga base allo stabilirsi dei delirj.

Il periodo d' insorgenza di essi è il più importante per la teoria della paranoia, e fu l' oscurità in cui si restò di esso che ne tardò un più esatto concetto sistematico.

L' incubazione del delirio sistematizzato (primitivo) può variare di molto riguardo al tempo, ma non di tanto riguardo al procedimento psicologico per cui si determina.

Riguardo al tempo, può andare da un *minimum* di pochi giorni fino a comprendere quasi tutta la vita antecedente dell' individuo. Quest' ultimo caso si verifica nelle forme degenerative originarie. La precocità dei delirj primordiali in queste è talora sorprendente.

In una malata di Krafft-Ebing, delirante di grandezza e di persecuzione, si era avuta un' allucinazione

terrifica a sette anni; a nove anni germogliavano idee grandiose di essere di illustre derivazione, di dovere per avventura finire imperatrice; a dodici anni, trovando disamorato il contegno dei genitori, andava immaginando misteri sulla sua nascita, le cominciava a divenire sospettoso il contegno della gente, trovava allusioni alla sua origine in innocenti parole del maestro. Dopo qualche anno il romanzo della sua vita aveva allargata e assodata la trama, e a ventisei anni entrava in manicomio imperatrice e minacciante il vicinato di prigionia e di bombardamento (1).

In altri casi invece, e precisamente nelle nostre psiconeurosi acute, il periodo di incubazione è breve, e come in rapida ricapitolazione riassunto in pochi giorni.

Ma, lento o celere, uno è il procedimento per cui compaiono i delirj primordiali che precedono il sistematizzato. Essi non hanno origine come nelle forme fondamentali della malinconia e della mania, dallo stato emotivo dell'individuo, ma scaturiscono piuttosto, più visibilmente nei degenerati, dall'intimo della personalità e del carattere, organizzatisi nella sfera incosciente della vita psichica. Non insorgono per associazione cosciente e molto meno volontariamente provocata dall'ammalato per spiegare una data disposizione dell'animo; ma sorgono da per sè, senza e malgrado la volontà dell' ammalato e indipendenti da ogni carattere affettivo. Sorgono, come succede anche nella neurastenia, nell'esordio della pazzia per idee fisse, ed episodicamente nel decorso della malinconia, dalla profondità della vita mentale incosciente, senza rapporto col cosciente e logico contenuto delle idee attualmente in corso. Sono idee stravaganti, non sempre assurde, che

(1) Lehrbuch. B. II, pag. 141, Beob. 29.

presentansi alla coscienza spesso a sorprenderla e turbarla. Vengono e vanno, ma ritornano, si succedono, si sostituiscono, si trasformano, destando nell'animo corrispondenti stati emotivi.

Il contegno del malato di fronte ad esse può essere diverso. Quasi sempre ne è sorpreso, ma il cedere tosto o poco poi sembra dipendere dalla relazione che ha il contenuto del delirio primordiale col carattere dell'individuo in cui sorge. Un degenerato dall'animo cupo, diffidente, misantropo, crederà facilmente che si trami qualche cosa contro di lui; a un superbo vanesio cui passino pel capo idee di grandezza e di fasto è apparecchiato il terreno su cui attecchisca e fiorisca un delirio primordiale di grandezza; a una bigotta che ha piena la testa di idee dell' altro mondo, un' idea strana che si riferisca ad esso, può parere un' ispirazione superiore che le illumini l' intelletto, e sarà beata di credervi.

Ma è anche vero che talora le idee deliranti s' impongono col carattere imperativo alla coscienza riluttante del malato, che vi cede, e non senza aver cercato di combatterle, di sottrarsi ad esse, felice quando scomparendo dal campo della coscienza, lo lasciavano tranquillo. Ma se è destinato che la paranoia si dichiari, che l' ammalato passi la soglia di queste idee fisse (paranoia rudimentale), egli cederà ben presto, convinto, ad ogni idea, per quanto strana, lo prenda a dominare.

L' origine delle idee deliranti ha le sue radici per le forme degenerative nella natura del carattere facile alle fantasticherie, ai vaneggiamenti, ai sogni dorati fatti ad occhi aperti, ai sospetti, alla misantropia, alle periodiche variazioni d' umore, all' ipocondria. E forniscono il contenuto speciale di esse le reminiscenze

di letture, di scene teatrali, di avvenimenti politici, di pensieri avuti in stati di sogno, di dormiveglia, di eventuale delirio da febbre o da neurastenia.

Poi conviene nominare i disturbi sensoriali e le allucinazioni. Gli eccitamenti periferici possono provocare corrispondenti idee deliranti anche senza arrivare con chiarezza alla coscienza, ed ecco un' altra sorgente ricchissima di delirj elementari, specialmente ipocondriaci ed erotici.

Quanto alle allucinazioni, se, come ognun sa, non possono avere alcuna importanza come cause sufficienti di delirio in una mente sana, la possono avere grande quando vi siano altre condizioni favorevoli.

Fra queste mettiamo in prima linea la predisposizione spiccatissima che è in alcuni individui alla paranoia. In essi i delirj primordiali non si sa spesso quando proprio comincino; e se sembra che si stabiliscano pel comparire delle allucinazioni, il fatto può essere abbastanza facile a comprendere, poichè naturalmente qui le false percezioni non sono che coadiutrici dell' insorgenza di un fenomeno che ha altre origini dirette.

Maggior importanza può avere l'allucinazione nelle forme in cui è minore la preparazione all'accoglienza del delirio, perchè nell'individuo, che noi ammettiamo per altro già malato, esse hanno il carattere di prove obbiettive degli insorgenti delirj, e concretano molto facilmente i vaghi vaneggiamenti ai quali è in preda dapprincipio la mente. Ma è inutile il pensare ad una origine della paranoia da allucinazioni. Se queste hanno anche luogo primitivamente, esse cadono da sè senza seguito per l'associazione delle idee, e se vengono poi richiamate dalla memoria e coinvolte più tardi in un delirio, questo avviene quando, in ulteriore stadio di evoluzione della mente che male s' organizza, si pre-

para decisamente la paranoia, e il malato cerca nel campo delle reminiscenze tutto quel che di straordinario gli avvenne per farne alimento al delirio.

Occorre sempre lo stato morboso dei centri dell'ideazione, anche quando l'allucinazione non è d'origine intellettuale (1). Comunque il centro sensorio corticale che dà l'allucinazione sia eccitato, spontaneamente o per stimolo periferico, bisogna che vi si colleghi l'intervento di quell'ideativo morbosamente eccitato. E ammessa necessariamente questa condizione ci persuadiamo facilmente del cómpito che hanno le allucinazioni nei delirj paranoici.

L'ideazione delirante sorge nell'incosciente e quando sveglia l'allucinazione, rientra per questo giro vizioso nel campo della coscienza coll'apparenza obbiettiva della percezione; sicchè l'origine intellettuale delle allucinazioni paranoiche è bene spesso l'ipotesi più naturale e più economica, più consentanea col concetto che convien farsi di questi delirj sensoriali.

Derivate da tutte queste varie sorgenti, le idee deliranti dell'incubazione paranoica sono dapprincipio molteplici, sconclusionate, stravaganti, incoerenti, contradittorie, assurde, col carattere qualche volta romanzesco, barocco, mostruoso dell'origine mnemonica loro. Vengono e scompaiono, e talora rese latenti alla coscienza vi ritornano poi più tardi a malattia dichiarata per rendersi permanenti. Il pullulare e lo scambiarsi di queste idee deliranti può farsi così lento che poche idee tengono il campo per mesi e mesi; sì che questi periodi possono esser presi per forme a sè. In un nostro malato si ebbe un periodo abbastanza lungo e spiccato di pazzia del dubbio, poi un altro

(1) Tamburini. *Sulla genesi delle allucinazioni. Riv. sperim. di freniatria,* 1880. — Sergi. *Teoria fisiologica della percezione.* Cap. XV, Milano, 1881.

bello e nitido di rupofobia. E molte paranoie possono credersi secondarie, quando si scambi per malinconia qualche periodo dell' incubazione.

Altre volte l' insorgere del delirio è diretto e così rapido da mettere in tumulto la mente con l' apparato collaterale di accessi d' ansia, di convulso, di disturbi sensoriali vivissimi, e tutta la scena d'un vero delirio allucinatorio. Periodi che s'avvicinano a questa forma possono aversi anche nell' incubazione lenta, e vi rappresentano delle esacerbazioni che affrettano lo sviluppo della malattia.

In questo periodo dell' organizzazione del delirio sistematizzato si è parlato spesso dell' indecisione dei malati che fanno ipotesi per ispiegarsi il delirio e lottano contro le idee di cui eventualmente riconoscono l' assurdo. Gli è che bisogna ben distinguere le idee fisse che si trovano benissimo in questi malati, e i delirj primordiali transitorj che vi sono ancor più frequenti; e osservare se la coscienza dell' assurdo di un' idea è realmente contemporanea al suo dominare.

Abbiamo in osservazione un malato da mesi e mesi in lenta incubazione paranoica con successione di idee deliranti diverse tra loro e talvolta direttamente contradittorie. Ebbnee, noi possiamo farlo convenire dell' assurdo d' una idea passata, mai di quella che le è successa, se domina ancora la mente. In un caso di paranoia degenerativa tardiva di Legrand du Saulle, citato in appoggio dell' idea che noi troviamo inesatta, un uomo di 34 anni si insospettisce dei vicini, trova che la moglie s'affaccia troppo spesso alla finestra, che egli è bruno ed ha un figlio biondo ...., poi conviene che queste supposizioni sono assurde, che la moglie è fedele, che suo figlio gli somiglia perfettamente, ma seguitando obbietta e domanda: « Oh perchè il mercante d'abiti fissa così ostinatamente il suo

balcone? *Comme tout cela est louche!* » E l'idea di ieri, oggi riconosciuta assurda, non lo sarà più domani, se ritorna col suo carattere coattivo.

Assistendo a queste lente evoluzioni e alle loro varie fasi, è facile persuadersi come più che uno stato morboso del sentimento a base loro stia un'anomalia dell'associazione delle idee.

Più che somiglianza vi è dunque antitesi tra l'origine del delirio paranoico, e quella degli stati deliranti a base emotiva della melanconia e della mania. Ma conviene aggiungere che questa antitesi non è completa; perchè anche in questi ultimi stati si possono dare episodicamente (nè certo eccezionalmente) delirj primordiali di origine analoga a quella dei paranoici; e perchè nell'incubazione del delirio sistematico si possono per converso dare dei periodi accessorj, transitorj, che si presentano coll'aspetto di vera malinconia.

Il risultato ultimo di tutto questo sorgere, scambiarsi, cozzarsi di delirj finisce nella costruzione di un edificio delirante sistematico in cui, come la mente normale in una verità conquistata, si riposa talora, con certa soddisfazione, la malata.

A coordinare i delirj varj, incoerenti talora e assurdi in un complesso dominato da una idea unica o in qualche modo tenuti insieme, all'occhio del profano almeno, come in un ordine di idee sole, interviene anche l'attività associativa cosciente, i tentativi d'ipotesi, le evocazioni mnemoniche volute e lo stato del sentimento come viene preparato dalle idee deliranti. E troppo spesso si tratta appunto di individui disposti a questo lavorio di ruminazione dalla natura loro cogitabonda, ipocondriaca ed egoista. « Io ho nell'animo una singolare propensione a riflettere a tutto ciò che mi accade, anche ai minimi incidenti, e a dar loro una specie di ragione conseguente e morale; ne faccio in

certo modo come poste di rosario, e procuro mio malgrado di attaccarle ad uno stesso filo. » (A. De Musset).

Ma chi volesse vedervi un lavorìo logico, fisiologico, in cui di errato non siano che le poste premesse, dimenticherebbe che esso si compie pur sempre in una mente malata che sbaglia precisamente per l' illogica associazione ideale. Infatti, nessuna logica può condurre a certe costruzioni deliranti incoerenti e sconclusionate che mostrano quanto sia inesatto il nome di delirio sistematizzato, nessuna alla trasformazione della personalità.

La facilità ad assimilare le creazioni della sfera incosciente, una certa attitudine a cercare le più remote possibilità e l'incuria di ogni controllo e d'ogni critica, sono caratteri tutti paranoici, che non s' incontrano, per esempio, nella pazzia per idee fisse. Se la forma è allucinatoria, anche le percezioni ingannevoli hanno un ricco cómpito nel completare e sistemare il delirio; anzi, esse servono a svelare al malato stesso alcuna parte del mistero che gl'incombe sopra, poichè soventi gli esseri misteriosi, in esse si scoprono a lui da sè e si nominano con quei nomi strani talora, coi quali egli poi ce ne parla.

La fede del paranoico nel delirio che lo incatena, ordinariamente è cieca, assoluta, ha il valore di un principio indiscutibile. E come l'attività mentale è tenuta vôlta quasi costantemente ad esso, e l'associazione collega ad esso ogni percezione; pel malato tutti i fatti del mondo esterno hanno rapporto colla sua personalità, anzi esistono in quanto, per esso, questo rapporto esiste.

Il mondo esterno non è più reale di quello idealmente costrutto, nè l' opposizione che spesso avviene tra l' uno e l' altro vale a scuotere la fede del delirante; e se l' opposizione, ridotta formalmente all' assurdo, può essere avvertita da lui, resterà forse alcun

poco esitante, davanti al suo *ver che ha faccia di menzogna*, ma finirà tosto col negare anche il mondo reale affermando la realtà dell'immaginario, contro al quale non valgono nè la prova dell'assurdo, nè l'evidenza della percezione.

Pure c'è diversità nell'intensità e nella costanza tra la convinzione di alcuni malati e quella di altri Troviamo, per esempio, che quella dei perseguitati è più completa e profonda di quella dei superbi. Una grave disgrazia, la stessa reclusione in manicomio, possono fare per un momento rinsavire un superbo. A noi è accaduto una sola volta di veder interrotto un delirio paranoico per la durata d'una malattia febbrile, e fu in una donna che si credeva incinta di Dio e Dio stesso. E in questi superbi religiosi sono anche degni di attenzione quei periodi di avvilimento, di dubbiezze angosciose, (in cui può perfino balenare il sospetto della pazzia) per cui uomini chiamati a destini altissimi cadono sfiduciati delle proprie forze e di sè, e tentano sottrarsi alla loro missione (anche Gesù, nell'orto, pregò: *transeat a me calix iste*), e in quei giorni di collasso mistico ritemprano la fede colle orazioni e le mortificazioni. Le vite dei santi sono piene di queste crisi.

Del resto, all'infuori di questi dubbj affatto eccezionali e passeggieri che solcano come lampi la coscienza e ne rischiarano per un istante l'abisso, il malato non prende mai in esame critico le sue idee; come non lo si fa, normalmente, pel portato più naturale e comune delle percezioni, per la conseguenza immediata di un processo logico elementare. Strano ma frequente è poi che in questa condizione di cose il paranoico cerchi nuove prove in conferma delle sue idee. Del *delirio di osservazione* che aveva nel periodo iniziale della malattia questo strascico gli rimane; e il perseguitato che vigila per la necessaria difesa,

sta pure in guardia a spiare i segni frequenti che appaiono sull' orizzonte percettivo o mnemonico, che valgono a controprova novella della realtà paranoica.

Un segno molto importante che si deve qui notare come caratteristico della malattia che trattiamo è l'esaltamento del concetto di sè. Il contenuto d'un delirio paranoico e d' un melanconico possono essere uguali; ma si distinguono nettamente pel diverso concetto della personalità. Il melanconico conosce con sicurezza la ragione per cui è perseguitato, per cui verrà tratto presto a morte; infatti egli nel suo delirio di piccolezza crede meritata la sua sorte; è un tristo, un peccatore, un indegno, che trascina alla rovina, all'infamia, alla morte, alla dannazione sè, la famiglia, l'umanità; ma il paranoico non sa perchè venga perseguitato; d'una cosa è però sicuro, di non meritare affatto i danni e le punizioni che i nemici gli preparano. E così il superbo è in fondo convinto di meritare tutti gli onori di cui si vede coperto. Il paranoico non resta mai avvilito. È sempre egoista, sempre orgoglioso e in pensiero per sè. E a nessuno meglio che a lui si adatta il concetto antropocentrico dell'universo applicato alla propria persona.

Il contenuto del delirio è vario; ma se il numero dei delirj primordiali elementari è indefinito, i delirj sistematizzati si possono raggruppare in poche serie complessive. E precisamente in due principali, secondo che i rapporti della vita del malato accennano ad essere vantaggiati, favoriti, elevati, o ad essere danneggiati, compromessi. Tipo dei primi a contenuto gaio, soddisfacente, è il delirio di grandezza; dei secondi, a contenuto ostile, triste, quello di persecuzione. E pel contenuto prevalente, si hanno vicino al primo il delirio religioso, l' erotico, il politico; al secondo, l' ipocondriaco, il querulante.

Raramente però, com'è noto, queste forme restano isolate. A volte fin da principio si mostrano unite e si sviluppano di pari passo, organizzandosi in un sistema unico. Si trovano più specialmente fusi il delirio di persecuzione e di grandezza, l'erotico e il religioso, il persecutorio e il querulante, il persecutorio e l'ipocondriaco.

Altre volte invece il secondo sopraggiunge quando l'altro è già completamente ordito. E allora può darsi, com'è più generalmente, che si fondano e diventino tutt'uno come un delirio di grandezza che s'aggiunge al persecutorio, o anche, più raramente, che restino ben distinti e indipendenti.

La successione del delirio superbo al persecutorio avviene, secondo Krafft-Ebing, in un terzo almeno dei casi e solo in soggetti con disposizione originaria, per lo più ereditaria.

Un secondo delirio che s'aggiunga a quello in corso, occupa talora solo una fase del decorso, poi scompare; e del resto non è raro trovare dei nuovi delirj primordiali annettersi come accessorj al principale in modo da costituirne un transitorio episodio, poi scomparire, ripetendo in parte ciò che meglio si vede nel periodo incubatorio.

Si ha anche, invece di una sovrapposizione, una sostituzione di delirj: e allora il secondo, che è di solito grandioso, rappresenta una fase di ulteriore sviluppo del primo, persecutorio.

Il trapasso può essere rapido. Allora, secondo Krafft-Ebing, ne sono state causa sensazioni anomale, come di correnti magnetiche, o stati di coscienza in cui il malato si sente morto, poi ridestarsi a nuova vita, essenzialmente rinnovellato. In altri casi la trasformazione si compie in uno stato stuporoso o estatico, un dormiveglia vaneggiante, un delirio isterico.

Ma d'ordinario la trasformazione del delirio avviene mediante uno stadio d'incubazione regolare come quello dei delirj primitivi. Bisogna però notare che queste ulteriori modificazioni succedono quando il sistema delirante è bensì dichiarato ed evidente, ma non ha da molto tempo passato il periodo d'incubazione.

Anche al delirio di grandezza si può aggiungere il persecutorio, ma di solito si tratta solo di fasi episodiche che non prendono mai, o per poco, il primo posto.

Questi delirj accessorj stanno in logica connessione col fondamentale, sono fronde d'uno stesso albero. Così come il delirio grandioso che segue al persecutorio complicandolo o soppiantandolo non ne è spesso che una naturale fase avanzata. Ma non è sempre così. La coesistenza di due diversi delirj sistematizzati possibile, benchè rara, e i delirj episodici intercorrenti in non necessaria connessione col sistema, dimostrano che la coerenza che viene affermata tra le idee deliranti di questi malati non va intesa che in modo molto relativo, e non quale l'osservatore misurando gli altri da sè stesso si sente tentato a supporre.

Questi delirj accessorj estrasistematici meritano più attenzione che non si sia loro data finora.

Un malato, per esempio, che non conviene d'essere dov'è realmente, ma pretende trovarsi in un altro luogo senza che ciò sia richiesto da relazione logica con altre idee, ed è un fenomeno d'osservazione frequente, ha una di queste fissazioni deliranti che non entrano nel sistema.

Un fatto analogo riguardo al tempo. Una malata di cui facciamo più sotto la storia, ha uno stupendo delirio religioso-superbo con orditura e sistemazione precisa. Accanto ad esso e in relazione ad esso perchè si tratta pur di cosa religiosa, ma non in relazione logica e neces-

saria, ella ha questo, di scambiare i giorni della settimana. Il venerdì dev'essere domenica. Tutti gli altri che la pensano in altro modo, hanno torto, e si stranisce che il venerdì si mangi di magro dal momento che è domenica, nè alla domenica vuol andare alla messa, perchè ve la dovean mandare venerdì quando era domenica. Nè si troverebbe modo di giustificare o di collegare quest' idea falsa dei giorni col delirio dominante. S' intende bene che la relazione ci sarà, c' è, perchè tra le idee è il reciproco rapporto che è tra tutte cose nella natura; ma non è quella che mostri la coerenza logica, naturale, che viene certo con troppa facilità attribuita alle idee deliranti dei paranoici.

Questo fatto ci sembra di molto interesse, così nel lato teorico come nel pratico. Esso dimostra con dati obbiettivi eloquenti, come anche un delirio che può parere ben circoscritto e parziale, distenda delle propaggini al difuori del cerchio schematico immaginato.

Un' altra prova di questo fatto, praticamente importante, si ha nella mancanza di relazione (logica) che è talora tra il delirio e le azioni del paranoico. Per il che Maudsley insegnò, che « il vero problema che un tribunale deve porre al perito è quello di trovare il rapporto, non tra il delirio e l'azione, perchè potrebb' essere non discernibile, o se lo fosse, non tale da scusar l' atto quando l' idea delirante avesse anche un fondamento reale, ma tra la malattia e l'azione » (1).

Nelle fasi della paranoia superba, come dell'erotica, della religiosa, politica, cavalleresca, ecc., è frequente il fatto per cui dietro una rapida o lenta evoluzione si arriva alla sostituzione della personalità. Per que-

(1) Maudsley. *Le crime et la folie*, pag. 214.

sta via corsero i delirj che forniscono a ciascun manicomio i suoi dèi, i papi, i re, i ministri, le regine del cielo e della terra, e i santi e gli uomini più celebri, e i Don Giovanni e i Don Chisciotte.

Il delirio di grandezza può esser consecutivo al persecutorio, ed esserne come il coronamento. Dicemmo come la trasformazione dell'uno nell'altro può essere per evoluzione lenta o per crisi. In questi casi si finisce spesso coll'errore di personalità. Si costruiscono romanzi sulla nascita, rapimenti, sostituzione di neonati, ecc., e il povero schernito, insultato, oppresso di ieri, ha oggi la dignità di un re, la gioia materna della Madonna, o l'onnipotenza di Dio.

Lo scambio della personalità non è poi che la fase ultima, di cui son tappe precedenti le più modeste cariche e gli onori di cui si credono insigniti i superbi. È certo che c'è però un balzo tra l'elevamento e lo scambio della personalità propria, tra chi si crede re d'Italia e si firma tal dei tali re d'Italia, e chi si crede e si nomina Umberto, tra la femminetta incinta di un nuovo messia e la Madonna stessa.

Lo stesso errore sulle qualità personali e sulla personalità stessa degli altri è anche frequente nelle paranoie superbe e non raro nella persecutoria. Così un re terreno e celeste ha la sua Corte e i suoi ministri, e gli angeli e i santi; ogni Napoleone i suoi generali e i soldati.

Questa trasformazione del mondo esterno che vien concepito per illusione in accordo al delirio paranoico si trova bellissima in un nostro caso, che riportiamo più sotto; costituisce quel che chiamano *delirio metabolico*. Anche il *delirio palingnostico*, una percezione illusoria, per cui tutto, persone, cose, luoghi nuovi sembra al malato di aver altre volte veduto e di ri-

conoscere ora, (frequente nella mania e nella demenza paralitica) si incontra non di rado nella paranoia.

E altre volte, in un delirio metabolico retrospettivo, al quale è un trapasso il palingnostico, il malato ricostruisce, generalmente negli scritti, tutto il passato suo travisandone e interpretandone ogni fatto in armonia col delirio dominante. Qualche volta, i superbi, specialmente religiosi, nella ricostruzione del proprio passato non si fermano alle origini dell'esistenza loro attuale, ma suppongono altre esistenze precedenti risuscitando l'antica credenza della metempsicosi nel *non plus ultra* dei delirj metabolici retrospettivi.

La strana concezione del mondo esterno provoca nei paranoici delle particolarità curiose nel modo di comunicare con esso. Anche se non arrivano all'illusione metabolica, suppongono sempre acuti e cronici, superbi e perseguitati, che tutto il mondo conosca i casi loro. Perciò ne parlano anche con persona nuova come di cosa ben nota. Qualcuno si risparmia anche le parole, e v'allude con qualche cenno del capo o qualche gesto. Un nostro malato ai medici e ai visitatori, ma ad uno ad uno e di nascosto delle altre persone presenti, fa dei cenni rapidi colla testa, dei gesti, delle strizzatine d'occhi, dei sorrisi, che deve credere molto eloquenti; talora si avvicina facendo l'indiano, poi quando si vede non osservato, vi tira una falda dell'abito e vi ammicca e vi fa scorrere in mano sempre di sotterfugio un bigliettino.

Sono frequenti nei paranoici i neologismi usati a designare in generale le misteriose potenze persecutrici. Qualche volta si complicano in frasi e possono anche formare una specie di gergo quasi incomprensibile, spesso anche metaforico e simbolico; ma che il

malato reputerà chiarissimo, e sopratutto adatto a rendere il suo pensiero in modo preciso, scultorio.

Questi caratteri del linguaggio paranoico si trovano anche negli scritti. È nota la grafomania di questi malati, che la presentano per lo meno in una fase del decorso, spesso in più, periodicamente.

Alla grafomania si sostituisce non di rado l'ideografia. Questa non corrisponde però totalmente a quella. Il malato la usa, è vero, pella tendenza ad esporre il proprio delirio, ma sopratutto pel desiderio di esporlo in quel dato modo. Una sentenza qualunque, un proverbio, un motto che abbia acquistato per essi un significato straordinario, cominciano a scriverlo in mezzo a un circolo disegnatovi attorno, poi chiudono questo in un triangolo, poi in una cornice, vi attaccano festoni e bandierine scrivendo altri motti anche su questi in correlazione col primo, e così a modo di sintesi sinottica riproducono in un quadro il loro delirio. Finitolo, lo rifanno da capo con pochissime variazioni, e seguitano così per anni. All'espressione simbolica passano facendo esprimere un'idea secondaria di quelle attorno alla centrale da un oggetto, uno stemma, un pupazzetto, poi traducendo tutto in una specie di rebus, manifestan tutto a figure, ma spesso con dello scritto in stampatello frammezzo, nel modo più imbrogliato e strano che si possa immaginare.

Ma più sovente l'esposizione per disegni e per simboli ed allegorie è la prima adottata e l'unica; e la si trova in individui che hanno non solo nessuna intenzione di fare un lavoro artistico, ma che non vi hanno nessuna attitudine. Pure con queste rappresentazioni ideografiche trova intanto maniera anche l'analfabeta di esprimer il suo delirio; sicchè può dirsi, che talora, come in una nostra malata che ricama su fazzoletti

le tavole sinottiche del suo delirio, l'ideografia è la grafomania degli analfabeti.

In questi scritti e nei discorsi i paranoici vengono fuori spesso, come è noto, con neologismi o con parole a cui attribuiscono un significato speciale. Qualcuno ribattezza con nomi nuovi quasi ogni cosa, sì da foggiarsi un gergo quasi affatto incomprensibile. Generalmente i neologismi servono a nominare le potenze persecutrici per una qualità saliente loro o per la forza fisica che impiegano nell'agire sopra il malato; e il più delle volte quelle parole sono state suggerite in allucinazioni dai persecutori stessi che si sono nominati da sè.

Il linguaggio dei paranoici accenna anche frequenti volte ad un fatto di comune osservazione nei perseguitati allucinati degli ultimi periodi che hanno anche notevole scadimento mentale; vogliam dire ai disturbi cenestetici. Il malato non sentesi libero nel meccanismo associativo dell'ideazione, e si lagna che vi è chi lo fa pensare e parlare, chi è padrone del suo pensiero, chi glielo dirige o glielo infonde, glielo indovina o glielo sottrae. Un nostro ammalato che ogni tanto entra in questo stato di schiavitù del pensiero, si lagna perchè non arriva nemmeno a completarlo perchè mano mano che l'associazione delle idee lo vien componendo se lo sente attrarre giù per la persona e sfuggire come una corrente nel suolo; sono i *sotterraneisti* che gli fanno entrare le idee allo stato evasivo per rubargliele a questo modo. In altri periodi egli comunica mentalmente coi suoi persecutori, e si trattiene con essi in questioni vivissime per questo mezzo, senza muovere labbro, nè batter ciglio, sì da riprodurre apparentemente il quadro dello stupore. E questo avviene precisamente quando egli si sente trasformato in uno stato speciale di dormiveglia sonnambolica che egli

chiama *stato ridotto*, in cui il suo corpo si trova impiccolito e in certo modo spiritualizzato e la coscienza obnubilata e le sensazioni han molto perduto di nettezza e intensità. Sulla via di questo delirio di *riduzione* si va per gradi a quello di negazione del Cotard, che quando non è una malinconia (ipocondriaca) è una paranoia persecutoria (ipocondriaca) agli ultimi stadj.

Nel decorso del delirio sistematico si trovano in quasi tutti i casi esacerbazioni e remittenze.

Le esacerbazioni corrispondono all'accentuarsi della attività della vita mentale incosciente. Nelle forme allucinatorie i disturbi psico-sensoriali si fanno più vivaci, fino a provocare degli stati di delirio sensoriale caotico. Anche le forme semplici in questi periodi presentano spesso allucinazioni più o meno precise e stabili.

Nei primi tempi esse corrispondono ad aggravamenti della malattia, all' insorgenza di nuove serie d' idee deliranti.

Si destano anche stati di eccitamento maniaco. In questi periodi, specialmente se vi sono allucinazioni, i malati possono essere pericolosi. Anche quelli generalmente tranquilli, più o meno rassegnati, si eccitano. I religiosi predicano e si fanno intolleranti, gli erotici scrivono lettere inflammate, i superbi comandano e non transigono, gli ipocondriaci si disperano, i querulanti strepitano, i perseguitati non si limitano più alla difesa ma prendono l' offensiva.

In generale l' insonnio, gli stati flussionali del cervello, i fenomeni di eccitamento generale accompagnano questi periodi. Non sempre le esacerbazioni prendono l' apparenza dell' eccitamento maniaco. Qualche volta riproducono lo stato dello stupore, tal' altra gli stati sonnambolici fino all' estasi.

In dipendenza di insistenti allucinazioni terrifiche abbiamo veduto un ammalato per più volte cadere in istato di stupore, e una volta restarvi per quasi un anno.

Le remittenze si avvicendano colle esacerbazioni. Reali, profonde, durature non sono però molto frequenti; ma si danno e possono dare speranza e sembianza di guarigione; e vanno realmente considerate come intermissioni. Possono durare mesi ed anni; e l'ammalato calmo, lucido, ordinato, giudica obbiettivamente la sua malattia. Ricadendo, riprende il suo delirio di prima tal quale come l'ha lasciato; ciò che vale a far conoscere come le intermissioni ben altra cosa siano dalle guarigioni, e la differenza non ne stia solo nella durata del periodo di saviezza.

Ma d'altra parte un altro significato hanno queste fasi di lucido intervallo. Si è fatto molto discorrere della demenza nelle paranoie, poichè quando Griesinger mise un gruppo di esse tra gli indebolimenti mentali, l'idea ne è parsa una rivelazione, fu accolta dai migliori, e certo fu una reazione utile contro il concetto delle monomanie intese come delirj parziali Ma se nelle paranoie esiste un turbamento generale della mente non è più difendibile il concetto che questo sia una condizione stabile di indebolimento mentale. Prescindendo dalle forme acute guaribili, il cui significato è evidente, noi troviamo nelle croniche il fatto di queste remissioni, di questi periodi lucidi, che tanto simili alle guarigioni mostrano a intervalli delle menti ancora bene riordinabili e reintegrabili. Il non avvertire l'assurdità del delirio dominante non è fenomeno degno dell'importanza a cui fu assunto, nè vale a provare la demenza piuttosto che la pazzia, nello stesso modo che le prove non rare di intelligenza che danno

alcuni paranoici fuori e dentro gli asili, non valgono a provare la parzialità dell' alterazione mentale.

Non son da confondere colle intermissioni le dissimulazioni non rare, in cui il malato sostiene di avere scherzato fingendosi pazzo, o, che è più raro, riconosce d' aver avuto per la testa delle idee matte che ora non ha più. Generalmente lo studio della fisionomia e della mimica, degli scritti, la discussione viva sull'argomento del delirio, uno stimolo emotivo improvviso e forte relativo ad esso, fanno cascare la maschera. Un malato, citato in Maudsley, che recitò benissimo davanti al giudice la parte d'uomo savio, sì che l'ordine d' uscita era già preparato e secondo l' usanza glielo si facea firmare, prese la penna e firmò « Gesù Cristo » (1).

Nè son da confondere colle remissioni i periodi di relativa calma e serenità dell' animo, in cui tacciono le allucinazioni, si fa più ordinata la vita, rivivono i ricordi affettuosi della famiglia e il desiderio di tornare all' ambiente abituale, ma non è scomparso il delirio, o non piena, completa, serena è la persuasione della morbosità di esso.

La paranoia può aver tutti gli esiti, la guarigione, la cronicità e la demenza terminale. Di una forma è tutto proprio l' esito in guarigione, della psiconeurotica acuta.

La guarigione si compie gradatamente e frammezzo a oscillazioni. Il malato ha prima acquistato una certa calma, ha il sonno tranquillo, non allucinazioni, dà più attenzione a quel che avviene attorno a lui, prende parte un po' alla vita comune. Il delirio è poi meno tenace nè sempre presente alla coscienza del malato che cerca allontanarlo dando benevolo orecchio al

(1) Maudsley. Opera citata. pag. 204.

consiglio di chi l'ha in cura. Poi richiamando le sue idee deliranti, ne avverte il contenuto in tutto o in parte erroneo, se ne sente però indipendente come non era prima. Tornano qualche ora o qualche giorno le idee deliranti, a dominarlo, ma per scomparire presto di nuovo. E così in mezzo a queste oscillazioni si ridestano gli affetti di prima e le inclinazioni abituali, e il malato può voltarsi indietro prima un po' timido e mortificato poi più sicuro e sereno a considerare con giusto giudizio il suo delirio.

C'è sempre il pericolo che si tratti di una remissione soltanto, una remissione molto profonda però come non sono frequenti. Contro questo errore bisogna andare colla conoscenza esatta dell'individuo che pei suoi precedenti, pel modo d'incubazione del male, pel decorso fu collocato in una piuttosto che nell' altra forma della nostra classificazione. E converrà vedere se lo stato nuovo ripete senza variazione quello precedente alla malattia.

La cronicità è certo l'esito più comune, perchè è più proprio delle forme degenerative. Non è a credere però che in essa il malato resti per tanti anni tal quale. Un peggioramento nelle condizioni generali della mente ha sempre luogo, lento ma continuo e progressivo. Il delirio si fa meno vivace, s' ischeletrisce da che la mente vi lavora meno attorno, di sistematico si riduce, come fu detto, a stereotipato. E accanto ad esso le idee del malato sono più puerili, l'associazione ideale torpida e ristretta, la vanità più vuota e più sciocca. Si notano per altro casi in cui questa progressione è lentissima e quasi insensibile, sicchè l'ammalato resta per lunghi anni letteralmente uguale a sè stesso.

E questo è veramente un carattere delle più pure forme degenerative, essendo più proprio degli indivi-

dui senza substrato degenerativo un maggiore scadimento mentale. Gli autori che insistono sulla condizione degenerativa dei delirj sistematici, fanno ben notare che non precipitano mai in una vera demenza terminale come l'apatica delle psiconeurosi affettive. Ma l'indebolimento mentale degli ultimi stadj della paranoia può toccar molti gradi, e non si può davvero negare ai maggiori di essi il nome di demenza bella e buona. Solamente occorre dire che questa ha caratteri che la distinguono dalle altre, perchè vi si possono trovar sempre facilmente le traccie del delirio e quell'orgoglio, *ultimum moriens* delle passioni umane, che soprannuota al naufragio delle attività mentali.

Nonpertanto si hanno numerosi e pronunciati i segni dell'indebolimento mentale; il torpore mentale, la difficoltà a comprendere, la fatuità delle poche idee, la morte degli affetti e l'indebolimento notevole della memoria. Il delirio sopravvive ancora a tanta rovina, ma incoerente, sfasciato e ridotto più che ad altro a povero automatismo mnemonico. Dell' antico albero frondoso non restano che i rami secchi irrigiditi.

I superbi si nominano ancora col vecchio nome, diciamo così, di guerra, ma non protestano più per esser tenuti in minor conto, e s' accontentano d'un cencio all' occhiello. Gli erotici han dei sorrisi maliziosi e contenti al ricordo delle antiche avventure, ma han perso ogni velleità di correrle di nuovo. I perseguitati sono sempre malcontenti, ma non più così ombrosi e noiosi.

Non di rado questa demenza ci dà il tipo del delirio caotico terminale della paranoia. Il malato parla con eloquenza che ricorda quella del passato, ma affastellando parole su parole, saltando continuamente di palo in frasca, tirando avanti arditamente senza badare nè a logica, nè a sintassi. Guidato dall' automatismo parla

con modulazioni della voce, con pause, con accompagnamento di gesti come se facesse un bel discorso assennato, mentre il disordine e l'arruffio più singolari sono tra le parole che dice.

Imola, settembre 1883.

(*Continua*).

SOPRA UN CASO DI PARALISI GENERALE PROGRESSIVA DEGLI ALIENATI A FORMA CIRCOLARE, CONSIDERATA IN RAPPORTO ALLA TEMPERATURA. — *Nota del dottor* UGO MACCABRUNI.

I.

Le prime osservazioni di paralisi progressiva generale a forma alternante o circolare datano dal 1826. Calmeil (1) nelle sue osservazioni ne accenna qualche caso, in cui al delirio di tristezza subentrò quello di grandezza, oppure un senso di benessere generale straordinario; ma questo Autore, nel riferire tali casi, sembra non abbia dato agli stessi alcuna importanza, poichè non cerca di precisarne o stabilirne la forma clinica, considerando anzi, al pari del suo maestro Esquirol, la paralisi generale come una complicazione di altre malattie mentali. Nello stesso anno 1826 Bayle (2) citava qualche osservazione di paralisi generale a forma circolare che chiamava aracnite o meningite cronica, descrivendola come un nuovo tipo nosografico di malattia mentale.

(1) Calmeil. *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826.

(2) Bayle. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris.

Nel 1847 Baillarger, poi dal 1851 al 1854 lo stesso con Falret (1) presentavano nuove osservazioni di paralisi generale a forma circolare e stabilivano l'esistenza di questa nuova forma morbosa. Della stessa nel 1852 parlò anche Westphal (2), notando particolarmente l'alternarsi dello stadio ipocondriaco col maniaco ed ambizioso e riferendo la storia di un caso che ebbe la durata di tre anni.

Però sino al 1858, benchè diversi avessero già pubblicato casi della malattia in discorso, e grande fosse l'importanza dei fatti riferiti, l'attenzione dei medici non venne più fermata sovr' essa; fu soltanto in quest' epoca che, in seguito alle discussioni avvenute presso la Facoltà Medico-psicologica di Parigi (3), lo studio della forma circolare della paralisi generale prese un vero ed importante sviluppo.

E primieramente Delasiauve (4) cominciò ad ammettere tre gradi di reazione nel cervello dei paralitici. Ad un primo grado, a suo credere, si manifestava agitazione maniaca, ad un secondo delirio melanconico, ad un terzo delirio ambizioso. Secondo questa teoria sarebbero assai facili a manifestarsi i cambiamenti di forma del delirio e questi sarebbero in dipendenza della intensità della reazione. Pinel nipote (5), definì chiaramente le due forme d' espansione e depressione morale. Gli ammalati in certi giorni si trovano in uno stato di giubilo straordinario, tutto loro sorride, la fortuna li favorisce, sono ricchi a milioni, poeti, prin-

(1) *Note sur la paralysie générale* in *Annales Médico-Psych.*, 1847 e 1854.

(2) Westphal. *Archiv f. Psychiatrie*. I, pag. 46.

(3) *Annales Médico-Psych.*, 1858, vol. XXII, p. 572. Seduta del 26 aprile.

(4) *Annales Médico-Psych*, idem.

(5) Idem. Seduta del 28 giugno 1858, p. 601.

cipi, re, belli, sani, vigorosi, giovani; nel giorno seguente sono tristi, piangono, sono miserabili, ammalati, moribondi, si trovano in una parola nello stato ipocondriaco melanconico. Questi cambiamenti, secondo Pinel, si vedono ad intervalli più o meno lunghi, talvolta nello stesso giorno, tal altra dopo maggior tratto di tempo. Il cambiamento si nota principalmente al mattino, dimodochè, studiando i malati in questo momento, si conosce in quale stato saranno per tutto il giorno, se tristi o gaj. Crede che questo stato si debba ad allucinazioni avute durante la notte, ed a sogni che, a seconda della loro natura triste od allegra, li avrebbero impressionati, cangiando corso alle idee della vigilia. Crede però più all' influenza dei sogni, perchè le allucinazioni che sono frequenti anche nella giornata, producono raramente consimili cambiamenti. Le allucinazioni influirebbero soltanto quando i cangiamenti avvengono nel corso della stessa giornata.

Anche Belhomme (1) nota che talvolta nella paralisi progressiva si passa da una forma all'altra di delirio.

Brierre de Boismont (2) a dimostrare l'esistenza della forma circolare, porta diverse osservazioni, nelle quali le alternative di esaltamento o di depressione avvenivano ad intervalli di durata assai diversa, in qualche caso persino di qualche anno. Vide egli gli accessi interrotti da periodi di remissione; altre volte notò la forma ambiziosa con periodi di depressione melanconica momentanei, o della durata di qualche giorno e persino di qualche mese. Dall'esame di cento casi di paralisi progressiva trasse la conclusione che la forma circolare è meno rara di quanto comune-

(1) *Annales Médico-Psych.*, 1859, serie III, tomo V, vol. XXIII. Seduta del 26 luglio 1858.

(2) Idem, seduta 27 dicembre 1858.

mente si crede, poichè si sarebbe osservata in dodici casi.

Baillarger (1) pure nella sua monografia sulla paralisi progressiva, s'intratiene sulla sua forma circolare e ne porta qualche esempio, e così fanno pure Parchappe e Falret (2).

Nel 1859 Calmeil (3) nel suo Trattato: *Maladies du cerveau*, riferiva due osservazioni di ammalati di paralisi progressiva con delirio ambizioso ed ipocondriaco alternati e con periodi di indebolimento semplice e di calma.

Baillarger (4) nell'appendice al Trattato di Griesinger, pubblicato nel 1869, parlò di un delirio coi caratteri di quello della paralisi generale, talvolta accompagnato anche da qualche leggier segno di paralisi e che si sviluppa spesso nel periodo di eccitazione della pazzia a doppia forma.

Notava poi che in certi paralitici il delirio ipocondriaco si alterna col delirio ambizioso, o si trova commisto al medesimo e che in alcuni casi le idee deliranti partecipano delle due forme di delirio. Il suddetto Autore portò anche delle osservazioni di casi di paralisi generale con delirio alternante ipocondriaco ed espansivo, in parte originali, in parte tolti dai lavori di Parchappe, Bayle, Lunier, Lélut.

Verga (5) nel 1872 accennò pure alla forma circolare della paralisi generale laddove nelle sue *Remini-*

(1) Baillarger. *Note sur la paralysie générale. Annales Médico-Psych.*, 1847.

(2) *Annales Médico-Psych.*, idem.

(3) Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* Paris, 1859.

(4) Baillarger. *Des symptômes de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie.* Paris, 1869.

(5) Verga A. *Della paralisi generale, reminiscenze e considerazioni. Archivio italiano per le malatie nervose e mentali.* Anno 1872, p. 341.

scenze e considerazioni sulla paralisi generale, dice: « Vi sono adunque in questa malattia i due estremi della scala sentimentale. Da una parte l' *ambizioso* che si proclama un prodigio di salute, di forza e di sapienza, dall'altra l'*ipocondriaco* che si dice già morto e putrefatto. In mezzo a questi estremi stanno i pazzi meno infrequenti di quel che si crede, i quali a fasi alterne ora si esaltano, ora si avviliscono, sempre per ragioni imaginarie od assurde e spesso per vere allucinazioni. »

Ma un lavoro assai pregevole per precisione e chiarezza sulla paralisi generale circolare si fu quello di Fabre (1), pubblicato nel 1874. Questo Autore ammette una varietà della paralisi progressiva caratterizzata da alternative di eccitazione e di depressione, che paragona alla forma circolare della pazzia comune o semplice, già descritta da Falret e da Baillarger. Questa varietà viene divisa in due sottovarietà, a seconda che i periodi di esaltamento e di depressione sono o meno separati da un periodo di remissione o di intermittenza.

Nell' un caso l' eccitazione e la depressione si succedono in modo brusco, senza transizione; nell' altro sono separate da un lasso di tempo più o meno lungo di calma. In questo caso egli dice che potrebbe tale forma chiamarsi anche a tripla fase.

Falret (2) avverte di far distinzione tra la forma melanconica della paralisi generale e lo stadio melanconico che si osserva al principio della forma comune della paralisi generale, ed anche il periodo melanconico della pazzia circolare non paralitica.

(1) Fabre. *Folie paralytique circulaire* in *Annales Médico-Psych.*, serie V, tomo XI, vol. XLIX.

(2) *Annales Médico-Psych.*, 1875, serie V, vol. XVIII. Seduta del 29 ottobre.

Anche Doutrebente (1) nel suo lavoro sulle *Remissioni nel decorso della paralisi generale* riferì dei casi nei quali il delirio era a duplice od a triplice forma.

Dopo il 1874-75 le osservazioni sulla forma circolare della paralisi progressiva si fecero più numerose e tale forma morbosa venne ammessa e studiata dalla maggior parte degli alienisti. Così Dagonet (2) scrive nel suo Trattato, che il delirio depressivo si combina ed alterna spesso con idee di grandezza e di ricchezza.

Baillarger (3) ed A. Foville figlio (4), richiamano la somiglianza che corre tra il periodo di eccitazione della pazzia a doppia forma comune e la forma espansiva del principio della paralisi generale progressiva. Quegli nota altresì gli identici disturbi trofici nel periodo depressivo, tanto della follia a doppia forma comune quanto della melanconia paralitica; questi (5) riconosce che non è raro il caso di vedere nella paralisi generale i due delirj melanconico e ambizioso mischiarsi fra loro, e le idee ipocondriache alternarsi a brevissimi intervalli colle idee di grandezza o manifestarsi simultaneamente.

Espiau de Lamaëstre (6), ha pure narrato parecchi casi di forma circolare nel 1878, raccolti poi in una Memoria nel 1880 (7).

(1) *Des différentes espèces des remissions*, etc., in *Annales Médico-Psych.*, serie V, v. XIX, 1875.

(2) Dagonet. *Nouveau traité élementaire et pratique des maladies mentales*. 1876, p. 335.

(3) Baillarger. *Annales Médico-Psych.*, s. VI, v. IV, p. 8, 1880.

(4) Foville. *Folie à double forme*, in *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, tomo XV. Paris, 1872.

(5) Id. *Paralysie gén.*, in *Nouveau dictionnaire*, etc., Paris, 1878, tomo XXVI.

(6) Espiau de Lamaëstre. *De la paralysie gén. à double forme*, in *Compte-rendu stenographique du Congrès international de médécine mentale de* 1878.

(7) Id. *Mémoire sur la paralysie gén. à double forme*. Paris, 1880.

Cristian (1) pubblicò tre casi di delirio gajo e delirio ipocondriaco alternante, ed il dott. Rendu notava in alcuni casi un' alternativa di eccitazione e depressione di 15 in 15 giorni. Questi dice che quando le alternative fra queste due forme di delirio si succedono rapidamente, o meglio esistono confuse tra di loro e sono intimamente congiunte, i delirj danno luogo a curiosi accidenti nel campo dell' azione. Sotto questo rapporto potrà sembrare assai importante il caso riferito da Duterque (2), che si riferisce ad un paralitico il quale talvolta prendeva pietre per scagliarle contro i suoi nemici, poi si arrestava improvvisamente, perchè parevagli che le pietre si cangiassero in oro. Il primo atto starebbe in rapporto col delirio depressivo di persecuzione, il secondo con un rapido succedersi del delirio di grandezza.

Nel medesimo anno anche Mickle in Inghilterra (3) e Mendel (4) in Germania, trattarono della paralisi generale progressiva a doppia forma o circolare. Quegli ammettendo la paralisi generale circolare come una varietà, questi asserendo di aver osservato molti casi nei quali si succedettero con irregolare alternarsi ripetuti stadj maniaci o melanconici. Talvolta un attacco epilettiforme può invertire il quadro clinico.

Espiau de Lamaëstre (5) nel 1882, pubblicò un nuovo caso di paralisi progressiva, nel quale precedettero la melanconia ed il delirio di grandezza, poi si ebbe paralisi con idee di grandezza ed eccitazione, indi idee di preoccupazione ipocondriaca e di persecuzione, ed infine guarigione dopo tre mesi (?). Se il decorso non

(1) *Annales Médico-Psych.*, 1879, Serie VI, vol. I.
(2) Id., 1880. Serie VI, vol. III, pag. 69.
(3) *The mental science*, 1.° e 2.° trimestre 1878.
(4) Mendel. *Die progressive Paralyse der Irren*. Berlin, 1880.
(5) *Annales Médico-Psych.*, Serie VI, vol. V., 1881.

fosse troppo breve e l'esito poco attendibile, sarebbe questo un caso da far credere che la paralisi generale progressiva sia insorta dopo la follia circolare comune.

Luys (1) pure ha riconosciuto l'esistenza della forma circolare della paralisi progressiva generale.

Doutrebente (2) nelle sue note sulla follia a doppia forma osserva: che in un caso da lui visto fu impossibile fare la diagnosi fra la pazzia a doppia forma, la mania e la paralisi generale, poichè mancavano i segni fisici della paralisi generale, ed all'autopsia si riscontrò una meningo-encefalite localizzata alle due prime circonvoluzioni frontali (superiore e media). L'infermo non presentò fenomeni fisici perchè il processo sclero-irritativo non aveva ancora guadagnato le circonvoluzioni marginali ed il piede delle frontali, le quali sono sede dei centri eccitomotori della faccia e degli arti. Per la somiglianza che esiste fra il periodo di eccitamento della follia a doppia forma e la esaltazione del principio della paralisi generale, l'Autore ritiene con Lunier quasi impossibile fare la diagnosi differenziale col solo esame obbjettivo, quindi essere necessario di ricercare con cura gli antecedenti ereditarj individuali dell'ammalato ed attendere l'evoluzione (decorso) della malattia.

Laffitte (3) fa pure la storia di un caso di paralisi progressiva a doppia forma, in cui si ebbe prima un periodo espansivo, della durata di mesi sei, poi un attacco epilettiforme e subito dopo delirio depressivo per due mesi, quindi remissione ed apparente guarigione, ed infine, tre mesi dopo, la demenza, confermata

(1) Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales.* Paris, 1881.

(2) *Annales Médico-Psych.*, Serie VI, vol. VII. 1882.

3) Id., 1882.

con alternative a brevi intervalli del delirio ambizioso ed ipocondriaco.

Taguet (de Dijon) (1), ha osservato un caso di demenza paralitica primitiva con simultaneità (coincidenza) di delirio melanconico e di delirio ambizioso.

Ai suddetti Autori aggiungasi anche William Maclood (2), il quale narra il caso d'un paralitico d'anni 31, che oltre i disturbi motorj aveva perdita della memoría e delirio di grandezza misto ad idee funebri.

Nell'anno corrente 1883 Baillarger (3) ha pubblicato altri casi di paralisi progressiva nei quali si succedevano alternativamente il delirio ipocondriaco e l'ambizioso.

Così pure Espiau de Lamaëstre (4) ha pubblicato un altro caso di paralitico isterico, con delirio dapprima ipocondriaco e poscia ambizioso.

Augusto Voisin (5) fa notare che quando il delirio ambizioso esiste contemporaneamente al delirio ipocondriaco si può avere una quantità di combinazioni di questi due contrarj delirj. La più curiosa è quella in cui essi si intrecciano così, da far credere agli ammalati di avere, ad esempio, dei biglietti di banca nella testa od una miniera d'argento nel corpo. Un ammalato credeva di dover essere disseccato per torgli le sue vertebre fatte di oro. Altre volte, egli dice, il delirio ambizioso del principio della malattia lascia il posto (dopo circa 15 giorni per esempio) al delirio depressivo, per ritornare (dopo un mese per

(1) *Annales Médico-Psych.*, serie VI, vol. VIII, 1882.
(2) *The mental science.* Terzo trimestre, 1879.
(3) *Annales Médico-Psych.*, 1883.
(4) Id., 1883.
(5) Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1883.

esempio) e combinarsi col depressivo o sostituirlo, e questi cangiamenti possono succedere più volte. Voisin corrobora l'articolo sulla forma circolare della paralisi progressiva con parecchi casi di osservazioni, in parte personali, in parte riferiti da altri autori.

Ma un libro assai pregevole che tratta della demenza paralitica a doppia forma, è quello pubblicato ultimamente dal Ritti (1). In esso dedica un capitolo alla forma circolare della paralisi progressiva che svolge con ordine e chiarezza ammirabili. Precede un po' di storia sullo sviluppo che ha progressivamente avuto lo studio della detta varietà; poi considera i singoli casi, e conchiude dicendo che nella massima parte delle osservazioni i due periodi vanno nettamente tracciati, che le due forme di delirio conservano sempre la fatuità e la variabilità della paralisi generale e che il passaggio d' una in altra forma si fa talora in modo brusco ed improvviso, tal altra lentamente ed insensibilmente. Ritiene con Espiau de Lamaëstre che il decorso sia più lungo in questa forma che nelle altre, perchè al momento in cui il malato coperto di piaghe, di escare gangrenose ed esaurito sembra morire, spesso succede un cambiamento di forma pel quale l' infermo riprende le forze, riparando con abbondante alimentazione le perdite subite durante il periodo depressivo. È inoltre più lungo il decorso di tale forma perchè in essa gli accidenti cerebrali gravi sono meno frequenti e meno violenti.

Il Ritti stabilisce due questioni da studiare riguardo all'etiologia della demenza paralitica circolare; e cioè:

1.° se l'alternativa di eccitamento e di depressione esisteva nel soggetto ammalato prima dello sviluppo della malattia;

(1) Ant. Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme.* Paris, 1883.

2.° Se vi sono gli antecedenti ereditarj che si notano quasi sempre nella pazzia circolare comune.

Veduta così la parte bibliografica che si riferisce alla forma di paralisi progressiva che ho preso in considerazione, vengo senz' altro all' esposizione di un caso di mia osservazione, nel riferire il quale mi proposi non solo di rispondere alle questioni poste dal Ritti, ma anche di studiare le alternative del delirio in rapporto colle modificazioni della temperatura del corpo.

II.

Anamnesi. — Bosisio Luigi Giovanni, d' anni 50, nato a Bergamo, domiciliato a Pavia, conjugato con M. M., senza prole, venne accolto nella Clinica psichiatrica di Pavia addì 8 gennajo 1881.

Abbiamo raccolto a suo riguardo quanto segue.

Per rispetto all'ereditarietà sappiamo che il padre fu un alcoolista e la madre di carattere stravagante; che un suo fratello morì di vajuolo, e che ha due sorelle viventi e sane.

Esso all' età di anni 17 entrò volontariamente nelle guardie di finanza austriache ed in tal qualità condusse per parecchi anni una vita molto disordinata per eccesso di fatica e di lavoro, per emozioni, abuso di vino, di liquori, di tabacco e di donne. Dopo il 1859 passò come carabiniere nell' esercito italiano, continuando a condurre la vita libertina e disordinata alla quale erasi abituato. Durante il tempo passato sotto le armi incontrò più volte malattie veneree delle quali pare sia sempre guarito. Negli ultimi tempi in cui fu militare soffrì di emorroidi e di successiva fistola anale, per il che, nel 1872, venne posto in riposo con pensione.

Nell' epoca ora descritta mostrossi di carattere general-

mente allegro, ma però andava soggetto a periodi di tristezza che duravano qualche giorno, e tale cambiamento era notato quando recavasi a casa in licenza, sicchè veniva ritenuto per un lunatico.

Appena sciolto dal servizio militare prese moglie, si stabilì a Pavia e si occupò in qualità di fattorino di giornali. Continuarono tuttavia le perdite emorroidarie a cui si aggiunsero in seguito anche disturbi gastrici e prevalenti tendenze melanconiche. Tre anni or sono ammalò di polmonite e guarì. Da due anni cominciò a lamentarsi di *sensazioni moleste dolorose* generali e più agli ipocondrj, alla regione soprapubica ed alla pianta del piede sinistro, malessere generale, abbattimento di forze, *profonda tristezza*. Nel gennajo 1880, trovandosi in Milano per ragioni del suo mestiere, cadde improvvisamente a terra privo di sensi, per cui venne condotto in quell' Ospitale Maggiore dove stette 15 giorni circa. Ne uscì in discrete condizioni di salute. Da allora cominciò a manifestare un indebolimento lieve delle facoltà mentali, un poco di balbettamento, un incedere incerto, barcollante e crebbe in esso la tendenza alla melanconia. Si diede anche a bere vino ed a fumare più del consueto. Nel novembre 1880 trovandosi in Milano un'altra volta, improvvisamente si die' a gridare, ad eseguire atti strani, a dimenarsi, a gettar via quanto aveva indosso, il fascio dei giornali, la borsetta da viaggio, l'orologio ed altri oggetti. Fu condotto nella sala Deliranti di quell' Ospitale, e quindi passava nella nostra Clinica psichiatrica il giorno 8 gennajo del 1881, fatte le consuete pratiche dalla Deputazione Provinciale di Pavia.

Esame somatico. — Costituzione fisica robusta, altezza m. 1,81; peso chilgr. 66,5 ; nutrizione scarsa.

Craniometria.

Diametro longitudinale	mm.	184
« trasverso	»	132
Indice cefalico	»	72,9
Tipo doligocefalico.		
Circonferenza	»	540
Curva antero-posteriore	»	345
« biauricolare	»	290

Dinamometria. — Mano destra 70; mano sinistra 60; polso lento da 60 a 70; respirazione 20; temperatura intorno ai 37 centigr.; urine abbondanti, limpide, citrine, acide, p. s. 1020, normali. Talora perdita involontaria di urine e di feci.

L'esame sfigmografico presenta misto il dicrotismo al monocrotismo.

Motilità. — Incoordinazione dei movimenti, balbettamento, ineguaglianza di pupille, movimenti fibrillari della lingua e delle labbra, tremiti generali, difficoltà ed incertezza nel camminare. Scritti a linee spezzate, tremolio; *sensibilità* alquanto diminuita in generale.

Esame psichico. -- Disturbi intellettuali; indebolimento delle facoltà mentali. Delirio di grandezza predominante, alternato con periodi più brevi di delirio ipocondriaco. La durata dei periodi di esaltamento varia fra 2, 3, 4, 7, 10, 20 giorni, quella del periodo di abbattimento fra i 2, 3, 4, 5 giorni; questo in linea generale, chè talora si osserva nello stesso giorno un periodo di esaltamento della durata di poche ore od anche di pochi minuti, poi agitazione, indi depressione, o viceversa. Pare che ai cambiamenti della forma di delirio non corrisponda una determinata modificazione della temperatura ascellare. Si osservò piuttosto un innalzamento di temperatura nei periodi di inquietudine, di agitazione, e principalmente durante gli accessi congestivi.

Decorso. — L' indebolimento mentale ed i fenomeni paralitici progredirono rapidamente. Ebbe nel giorno 22 febbrajo un accesso apoplettiforme della durata di circa 12 a 14 ore, preceduto da aumento di temperatura (38 9[10). L' accesso durò un' ora, lasciando grande prostrazione nel paziente e peggioramento di tutti i sintomi. A questo accesso tenne dietro per otto giorni un lieve aumento di temperatura (da 37 a 38).

Nel giorno 11 marzo si dovette somministrare all'infermo un purgante, perchè era stitico da varj giorni ed aveva tensione di ventre. Nei mesi di marzo ed aprile si notò che si esprimeva cantando. Alla fine di marzo e principio di aprile ebbe paralisi di vescica, urine sanguigne con peso sp. di 1033, ricche di urati, di urea e di fosfati; abbassamento di temperatura, (meno di 37), senso di benessere, debolezza straordinaria al punto da dover essere tenuto a letto, ematoma della palpebra superiore destra, agitazione, tremiti generali, fenomeni congestivi, perdita di coscienza. Migliorò nello stato generale, ma si notò maggiore l'indebolimento mentale. Nel giugno fu obbligato per più giorni a letto, presentò perdita di feci e di urine, demenza completa, sensibilità e motilità quasi abolite.

Il tracciato della temperatura del polso e della respirazione, nonchè il diario delle principali modificazioni della malattia risultano meglio dal seguente quadro. Si noti che le osservazioni vennero fatte ogni giorno generalmente alle 7 ant. ed alle 9 pom. e che talora riscontrandosi modificazioni nel delirio del paziente od altro, si applicò il termometro anche fuori d' ora, per tre o quattro volte in uno stesso giorno.

TAVOLA

MESE e giorno	Ore	Temperatura ascellare	Polso al minuto 1.°	Respirazioni al minuto 1.°	URINE	NOTE DIVERSE
Febbr.						
10	matt.	36.5	60	18		Stato di beness. gen.
»	sera	36.5	64	—		Delirio ambizioso.
11	m.	36.5	60	—	Urine acide,	id.
»	s.	36.6	64	—	peso sp. 1020	id.
12	m.	36.3	64	20	abbondante,	id.
»	s.	36.7	64	18	di colorito	id.
13	m.	36.5	60	—	normal., rea-	id.
»	s.	36.6	68	22	zioni norm.	id.
14	m.	36.5	64	20		id.
»	s.	36.6	64	—		id.
15	m.	36.4	60	—		id.
»	s.	36.4	60	—		id.
16	m.	36.3	64	—		id.
»	s.	37.	68	—		id.
17	m.	36.3	64	18		id.
»	s.	36.7	66	—		id.
18	m.	36.7	64	—		id.
»	s.	37.	68	22		id.
19	m.	36.7	72	24		Ipocondria, delirio
»	s.	37.5	76	24		depressivo.
20	m.	37.4	76	22		id.
»	s.	37.1	76	22		id.
21	m.	37.2	76	—		id.
»	s.	38.9	80	28	Urine rosse,	Alle ore 2 p. accesso
22	m.	36.6	72	22	torbide per	epilettiforme della du-
»	s.	36.7	68	24	urati.	rata di un'ora cui se-
23	m.	37.	80	24		gue grande prostraz.
»	s.	37.4	84	26		di forze e delirio depr.
24	m.	37.6	84	24		Agitazione.
»	s.	38.2	96	28		id.
25	m.	38.	86	24	Urine un po'	Senso di benessere.
»	s.	38.1	—	—	torbide per	id.
26	m.	36.8	68	20	deposito d'u-	id.
»	s.	38.	92	24	rati, normali	Nelle ore pom. depr.
27	m.	37.5	80	20	nel resto. Pe-	Delirio melanconico.
»	s.	38.	86	24	so spec. 1022.	id.
28	m.	37.2	80	22		id.
»	s.	37.8	80	—		id.
Marzo						
1	m.	37.	68	18		id.
»	s.	37.5	—	—		Benessere nelle ore p.

MESE e giorno	Ore	Temperatur. ascellare	Polso al minuto 1.°	Respirazioni al minuto 1.°	URINE	NOTE DIVERSE
Marzo						
2	matt.	36.9	—	—		Delirio ambizioso.
»	sera	37.2	70	20		id.
3	m.	37.	—	—		id.
»	s.	37.	—	22		id.
4	m.	37.	—	18		id.
»	s.	37.	—	20		id.
5	m.	36.7	64	18		id.
»	s.	37.3	72	24		id.
6	m.	37.	72	20		id.
»	s.	36.8	68	—		id.
7	m.	37.	68	—		Comanda che si fac-
»	s.	37.4	68	22		ciano delle innova- zioni nella sala.
8	m.	37.6	68	20		Depressione.
»	s.	37.1	64	20	Urine acide peso sp. 1020 normali.	id.
9	m.	37.	64	18		id.
»	s.	37.4	60	18		id.
10	m.	36.6	58	18		Senso di benessere.
»	s.	37.2	72	20		Eccitato. Si dice re,
11	m.	37.	64	16		imperatore, padrone d'Italia e del Campi- doglio.
»	s.	37.4	68	—		Id. Ventre teso.
12	m.	36.6	52	16		Continua lo stato di
»	s.	36.7	56	—		benessere ed il delirio
13	m.	36.3	60	—		ambizioso.
»	s.	37.2	72	—		Alla sera depressione.
14	m.	36.9	68	18		id.
»	s.	36.5	—	—		id.
15	m.	36.8	68	—		id.
»	s.	37.	72	—		id.
16	m.	36.7	68	—		Al mattino beness.
»	s.	36.6	—	16		id.
17	m.	36.8	—	—		id.
»	s.	36.9	—	—		id.
18	m.	36.1	—	—		id.
»	s.	36.2	—	—		Nelle ore del merig- e pomerid. benessere
19	m.	36.1	—	—		alternato con maless.
»	s.	37.5	80	20		Delirio ipocondriaco al mattino. Si lagna di mutezza di cuore e
20	m.	37.	72	—		dolore al petto.
»	s.	37.	—	—		Depressione.

MESE e giorno	Ore	Temperatur. ascellare	Polso al minuto 1.°	Respirazioni al minuto 1.°	URINE	NOTE DIVERSE
Marzo						
21	matt.	37.	68	18		Depressione.
»	sera	37.3	—	20		id.
22	m.	37.3	64	20		Sonno profondo sino
						alle 4 pomerid.
»	s.	37.2	—	—		Depressione.
23	m.	37.	—	—		id.
»	s.	37.3	68	22		id.
24	m.	36.6	—	—		id.
»	s.	36.5	—	—		id.
25	m.	36.5	—	—		Si eccita per pochi
»	s.	37.3	—	20		minuti poi si mostra
26	m.	36.2	—	—		in preda a depress.
»	s.	36.3	—	—		È depresso, ma canta.
27	m.	36.3	68	20		id.
»	s.	37.3	80	—		id.
28	m.	36.5	80	—		Fenomeni congestivi
»	s.	38.8	88	24		perdita di coscienza.
29	m.	38.5	88	—		Id. Ematoma alla
						palpebra sup. destra.
»	s.	38.7	92	26		Id. Agitazione, tre-
30	m.	37.6	80	22		miti.
»	s.	38.	88	24		Miglioramento.
31	m.	37.6	76	20		Risveglio dell'intelli-
						genza. Eccitabilità.
»	s.	37.7	76	—	Urine rosse	Benessere.
Aprile					sanguign. del	
1	m.	37.5	72	—	p. sp. di 1033	Benessere, canta, si
»	s.	38.	72	18	ricche d'ura-	dice re, ecc.
2	m.	37.6	—	—	ti, urea e fo-	Id. Paralisi vescicale.
»	s.	37.	—	20	sfati, nume-	Id. Siringazione.
3	m.	35.5	71	24	rosi giobuli	Id. Si mette a letto.
»	s.	36.2	76	30	sanguig. rossi	id. id.
4	m.	35.7	—	30		id. id.
»	s.	36.6	—	30		id. id.
5	m.	36.2	64	24		id. id.
»	s.	36.5	—	20		id. id.
6	m.	36.2	—	—		Un po' depresso.
»	s.	36.6	—	—		Non vuol parlare.
7	m.	36.8	—	—		id. id.
»	s.	36.6	—	—		id. id.
8	m.	36.3	—	—		Parla di nuovo. Si
»	s.	36.8	80	—		alza dal letto.
9	m.	36.4	80	—		id.
»	s.	36.6	88	—		id.

MESE e giorno	Ore	Temperatur. ascellare	Polso al minuto 1.°	Respirazioni al minuto 1.°	URINE	NOTE DIVERSE
Aprile 10	matt.	36.5	68	—		Beness. Canta allegr.
»	sera	37.4	64	—		Delirio di grandezza.
11	m.	36.8	64	18		Benessere, id.
»	s.	37.	—	—		
12	m.	36.5	—	—		
»	s.	37.4	—	—		
13	m.	36.8	64	—		
»	s.	37.6	—	—		
14	m.	36.7	60	—		
»	s.	37.2	—	—		
15	m.	37.	64	—		
»	s.	37.	—	—		
16	m.	36.9	—	—		
»	s.	37.	—	20		
17	m.	36.9	60	—		
»	s.	37.1	—	—		
18	m.	36.8	—	—		
»	s.	36.9	64	—		
19	m.	37.	64	20		
»	s.	37.	—	—		
20	m.	36.8	—	—		
»	s.	37.1	68	—		
21	m.	37.	—	—		
»	s.	37.2	—	—		
22	m.	36.6	64	—		
»	s.	37.	68	—		
23	m.	36.8	64	—		
»	s.	37.	—	—		
24	m.	36.6	—	—		
»	s.	37.1	—	—		
25	m.	37.	—	—		
»	s.	37.2	—	—		
26	m.	36.8	64	18		
»	s.	37.2	68	20		
27	m.	36.7	64	18		
»	s.	37.	—	—		
28	m.	36.5	—	—		
»	s.	36.9	—	20		
29	m.	36.5	—	18		
»	s.	37.	—	20		
30	m.	36.5	—	—		
»	s.	36.9	—	—		

MESE e giorno	Ore	Temperatur. ascellare	Polso al minuto 1.°	Respirazioni al minuto 1.°	URINE	NOTE DIVERSE
Magg. 1	matt.	36.5	64	18		Rivaccinazione in 3 punti del braccio sinistro alla mattina del giorno 3.
»	sera	36.8	64	20		
2	m.	36.7	68	20		
»	s.	36.8	66	22		
3	m.	36.6	60	20		
»	s.	36.7	64	20		
4	m.	36.8	64	22		
»	s.	36.8	66	20		
5	m.	36.7	64	22		
»	s.	37.	68	24		
6	m.	36.6	64	20		
»	s.	36.9	70	20		
7	m.	36.5	60	18		Sviluppo di due pustole vacciniche.
»	s.	36.8	66	18		
8	m.	36.8	68	20		
»	s.	37.	68	22		
9	m.	36.9	64	24		
»	s.	36.9	68	24		
10	m.	36.6	66	22		
»	s.	36.7	66	—		
Giugn. 8	m.	36.2	64	20		
»	s.	36.3	—	—		Sensibilità quasi abolita.
9	m.	36.	—	—		
»	s.	36.7	—	—		Dinamometro:
10	m.	36.2	—	—		mano destra 54
»	s.	36.3	—	—		» sinistra 50
11	m.	36.2	—	—		
»	s.	36.7	—	—		
12	m.	36.2	—	—		Obbligato per più giorni a letto. Perdita involontaria di feci e urine.
»	s.	36.4	—	—		
13	m.	36.2	—	—		
»	s.	36.8	—	22		
14	m.	36.4	—	20		
»	s.	36.5	—	—		
15	m.	37.	68	24		
»	s.	37.3	—	—		
16	m.	36.7	—	24		
»	s.	37.3	—	22		
17	m.	36.5	—	20		
»	s.	37.	—	—		
18	m.	36.3	64	—		
»	s.	36.6	64	—		

MESE e giorno	Ore	Temperatur. ascellare	Polso al minuto 1.°	Temperatur. al minuto 1.°	URINE	NOTE DIVERSE
Giugn. 19	matt.	36.1	—	—		
»	sera	37.	—	—		
20	m.	36.7	—	—		
»	s.	37.	—	—		
21	m.	36.3	—	18		
»	s.	37.2	—	18		
22	m.	36.9	—	—		
»	s.	37.5	—	20		
23	m.	36.7	64	18		
»	s.	37.	68	20		
24	m.	36.9	64	20		
»	s.	37.2	68	—		
25	m.	37.	—	—		
»	s.	37.2	—	—		
26	m.	36.5	64	—		
»	s.	37.	64	—		

All' epoca in cui si finirono le osservazioni termometriche il Bosisio era giunto a tale grado di demenza da non presentare quasi più, o soltanto a brevi intervalli, un delirio ben caratterizzato. Era in uno stato di annichilimento delle facoltà mentali e della vita di relazione, e solo rimanevano ormai in lui regolari le funzioni della vita vegetativa. In tanto sfacelo non presentava più alcun lato interessante per i nostri studj, riducendosi così il nostro cómpito alla cura di regolarmente sorvegliarlo e nutrirlo. Così si era giunti alla fine di giugno, epperò chiudendosi appunto in tale epoca la Clinica, il Bosisio venne trasferito al Manicomio provinciale di Voghera. Abbiamo detto che l' ammalato non poteva star quasi più alzato dal letto, che aveva perdita involontaria di feci ed urina, sensibilità e motilità abolite o quasi, demenza completa; ora in questo stato continuò a vivere, o meglio a vegetare, fino al giorno 30 settembre dello stesso anno, e morì in seguito a sintomi di apoplessia cerebrale.

Autopsia. — L' autopsia venne eseguita 34 ore dopo la morte ed eccone il protocollo, come mi fu gentilmente comunicato dall' illustre dirigente il Manicomio.

Abito esterno. — Cadavere un po' denutrito; rigidità cadaverica scomparsa; avanzati segni di putrefazione.

Capo. — Ossa craniche di normale spessore con poca diploe. Dura madre inspessita e congesta: i suoi seni contenenti molto sangue fluido nerastro. Al di sotto della suddetta membrana esiste una pseudo membrana che ricopre tutta la parte superiore e laterale dei lobi cerebrali, tranne la regione occipitale. Essa si offre di colorito rossigno, in qualche punto con macchie di color rossastro ed ha lo spessore massimo, anteriormente, di circa 3 millim. Appare risultante di fibrina coagulata e di materia colorante sanguigna. Tra la dura e l' aracnoide trovasi raccolto ancora molto liquido sieroso di color rossigno. L' aracnoide è molto intorbidata, di color lattiginoso. La pia madre è assottigliata, addossata tenacemente alle circonvoluzioni in modo, che per toglierla si è costretti ad esportare gli strati più superficiali della corteccia. Peso della massa encefalica (compreso la pia, il cervelletto, ponte e midollo allungato) gr. 1210.

Sostanza corticale esternamente lucente e di colorito normale, al taglio appare assottigliata e rammollita specialmente a sinistra, lungo la parietale ascendente e la circonvoluzione parietale superiore ed inferiore; a destra alla parte più anteriore delle circonvoluzioni frontali. La sostanza bianca un po' rammollita si punteggia normalmente al taglio. Ventricoli laterali molto dilatati e pieni di liquido sieroso chiaro, vôlta a tre pilastri rammollita. I talami ottici esternamente appajono come smagliati, ed a destra la porzione posteriore del talamo di questa parte è rammollita in tutta la sua estensione. Plessi coroidei e tela coroidea con numerose piccole cisti. Nulla di notevole alla base e al cervelletto.

Petto. — Abbondante raccolta di liquido sieroso giallognolo nelle cavità pleuriche. Polmoni sani. Cuore ipertrofico; incrostazioni sulla faccia interna dell' aorta ascendente: valvole normali.

Addome. — Fegato iperemico: milza normale; rene destro avente negli strati più periferici numerose cisti sierose del volume di un pisello. Vescica con pareti inspessite, ipertrofiche, sua mucosa fortemente congesta; depositi di renella. Intestino pallido; nel colon vedonsi delle aree congeste circoscritte, sottomucose. Nessuna ulcerazione.

La durata complessiva della malattia sarebbe stata per quanto ci consta di circa 3 anni.

III.

Dalla storia della malattia presentata dal Bosisio e dal surriferito risultato necroscopico è chiaramente dimostrato che si trattò di una paralisi progressiva che indubbiamente aveva assunto il carattere a doppia forma, avendo il suddetto infermo presentato un periodo in cui predominò il delirio ambizioso e della durata variabile da 2, o 3 e 20 giorni, ed un periodo in cui predominò il delirio ipocondriaco e che ebbe una durata di 2 a 5 giorni. Questo però va detto in senso generico, perchè non mancarono giorni durante i quali si potè constatare nel malato grande mutabilità di carattere e vedere irregolarmente ed alternativamente succedersi a brevi periodi il delirio ora ambizioso ed ora ipocondriaco. A questi fenomeni si aggiungevano poi ad intervalli più lunghi, veri accessi congestivi, con relative manifestazioni di natura epilettiforme od apoplettiforme.

L' epicrisi poi chiaramente dimostrava trattarsi di

meningo-periencefalite diffusa giunta agli ultimi suoi stadj essendosi notato all'autopsia un'atrofia ed una degenerazione della massa cerebrale, accompagnata da gravissime accidentali lesioni meningee.

Paragonando ora le particolarità notate in questo caso di paralisi generale progressiva a doppia forma, con quelle proprie della forma circolare comune, è da notarsi come anche nella forma paralitica presentatasi al nostro studio abbiasi a considerare la predisposizione ereditaria, appunto come, riguardo alla forma circolare comune vogliono Falret, Morel, Foville Ach., Ludwig Kirn, Dittmar, Krafft-Ebing e Ritti, gli ultimi dei quali Autori considerano questa forma stessa come effetto di degenerazione psichica o di degenerazione ereditaria. Abbiamo veduto altresì che anche prima dello sviluppo della malattia esistevano nel Bosisio frequenti variazioni di carattere, poichè egli era ora smodatamente allegro, ora ingiustamente triste e preoccupato; epperò, per quanto riguarda il caso attuale, ci accordiamo col Ritti il quale oltre agli antecedenti ereditarj, ammette che preesista pei soggetti colpiti da tale malattia una naturale variabilità di carattere. Quest'ultima condizione contribuirebbe potentemente a sviluppare nel paziente una forma di malattia mentale paralitica con delirio alternato, e costituirebbe una predisposizione alla forma speciale assunta dalla malattia stessa.

I rapporti della temperatura colla diversa quantità del delirio debbonsi dedurre dalle oscillazioni delle curve termografiche forniteci dalle 234 applicazioni fatte all'ascella del Bosisio durante più mesi di osservazione. Ma prima di trarre da questi dati un qualche corollario è d'uopo che ci facciamo una domanda: dobbiamo noi considerare la paralisi progressiva degli

alienati come una malattia febbrile, o no? Su questo punto havvi disaccordo fra gli autori.

Parchappe (1) crede la paralisi generale progressiva una malattia apirettica, Griesinger (2) ammette che nel suo decorso si noti un leggiero aumento di temperatura, Meyer (3) sostiene che il processo patologico cerebrale si accompagna sempre alla febbre, Westphal (4) ammette nella temperatura dei paralitici delle oscillazioni. Essa raggiungerebbe il massimo (38–2) negli stati di agitazione, ed alle ore 5 di sera: e scenderebbe al minimo nel mattino, con differenza talora di 1 a 1 1|2 grado. Westphal fa poi notare la facilità colla quale in questi malati si sviluppano spesso malattie intercorrenti e raccomanda inoltre di ripetere le osservazioni per più mesi onde ottenere risultati veramente attendibili. Steppard (5) afferma che vi ha assai sovente elevazione del calore cutaneo nella paralisi generale, e Gibson (6) ammette che l'aumento accada durante gli attacchi congestivi ed epilettiformi. Voisin (7) ritiene la paralisi generale una infiammazione accompagnata da febbre, con forma e decorso speciali.

Importante è l'osservazione di Tiling (8) sopra un caso di paralisi progressiva in cui si osservò durante

(1) *Annales Médico-Psych.*, 1858. Vol. XXII. *Discussion sur la paralysie gén.*

(2) Griesinger. *Traité des maladies mentales*, traduit par Donnuc. Paris, 1865.

(3) Meyer. *Die algg. progr. Gehirnlahumng.* 1858.

(4) *Archiv. für Psychiatrie.* I. 204.

(5) *Journal of mental science*, 1867, 2.° trimestre.

(6) *The mental science*, 1867.

(7) *Annales Médico-Psych.*, serie V, vol. XVIII, seduta della Società medico-psicologica, 26 gennajo 1875.

(8) *Petersbourg e Woch.* 1876, riportato in Riviste degli *Annales Médico-Psych.*, 1877, tom. X.

la vita abbassamento di temperatura ed all'autopsia si trovò un focolajo di rammollimento rosso nella protuberanza, del volume di una nocciuola.

Raggi (1) nella stessa paralisi progressiva non ha trovato un perturbamento essenziale della termogenesi.

Maragliano e Seppilli (2) nei loro studj di termometria cerebrale fatti sugli alienati hanno riscontrato nella paralisi progressiva una temperatura di 37,1, deducendo che nella paralisi progressiva esiste un processo flogistico a lento decorso.

Dalle conclusioni di Clouston (3) rileviamo che nella paralisi generale la media temperatura serale è più alta che la mattutina, e che gli accessi epilettiformi che l'accompagnano di sovente sono sempre seguiti da grande aumento di temperatura. Tale aumento dura più giorni, ciò che li fa distinguere dagli ordinarj accessi epilettici.

Il dott. Sanders (4) osservò che la temperatura del corpo nella paralisi generale suol scendere di uno o due gradi sotto la media, e che si alza durante gli accessi congestivi ed epilettiformi.

Nella rivista del dott. Seppilli (5) sulla paralisi progressiva trovasi riportato uno studio del Magnan (6) che opina esservi in tale malattia elevazione termica in relazione colle modificazioni che subiscono i centri nervosi e non colla forma che può assumere il delirio. È pure riferito dal Riva (7) che egli osservò un forte aumento di temperatura accompagnare l'accesso con-

(1) *Il processo febbrile nei pazzi.* Bologna, 1877.
(2) *Rivista sperimentale di freniatria*, 1879.
(3) *Journal of mental science*, aprile 1868.
(4) *Report of the Devon County Asylum, for* 1864
(5) *Archivio italiano per le malatie nervose*, ecc. 1878.
(6) Magnan. *Gazette médicale de Paris*, 1876. N. 40.
(7) *Rivista sperimentale di freniatria*, ecc. 1877. *Archivio italiano per le malatie nervose*, ecc. 1878.

gestivo, causato probabilmente da paralisi dei centri termogenici cerebrali corticali, per influenza dell'iperemia o della stasi sanguigna, o in seguito ad eccesso di acido carbonico nel sangue ed impedimento della nutrizione della sostanza cerebrale, sede dei centri suddetti.

Kroemer di Halle (1) ha fatto undicimila osservazioni termometriche nei paralitici e conclude dalle medesime che la temperatura generale dei paralitici si trova in media più bassa che quella delle altre persone in causa di irritazione dei centri motori cerebrali, per cui si avrebbe restringimento dei vasi e consecutivamente abbassamento di temperatura. Si avrebbe poi la temperatura più bassa negli stati di tranquillità e si eleverebbe negli attacchi congestivi: ma però in questi casi sarebbe più bassa immediatamente prima e dopo gli attacchi medesimi. Questo è detto contrariamente ad Hildenbrand (2) il quale sostiene che la paralisi progressiva è contrasegnata da esacerbazioni febbrili, come del resto è opinione di molti. Mendel (3) ritiene mal sicura la misurazione della temperatura all'ascella nei mentecatti per i movimenti che facilmente fa l'ammalato, quindi preferisce la misurazione al retto.

La temperatura può essere normale e trovasi in molti casi in principio, lungo il corso, come anche alla fine della paralisi generale. Paragonando la temperatura dei paralitici che si trovano nel primo stadio tranquillo, melanconico o ipocondriaco, con quella dei melanconici che sono nelle stesse circostanze, cioè si muovono poco, fanno niente e prendono poco cibo, si trova che questi ultimi hanno una temperatura al

(1) *Alggemeine Zeitscrift für Psychiatrie*, 1879.

(2) *Annales Médico-Psych.*, 1880, pag. 318.

(3) Mendel. *Die paralyse progressive der Irren*. Berlin, 1880.

disotto del normale per inerzia dei muscoli e mancante tonicità. Adunque potrebbe l' apparente temperatura normale del paralitico presentare un aumento relativamente patologico. Una temperatura normale si trova generalmente anche nell' ulteriore stadio di demenza.

Il grado di temperatura dei paralitici in istato di quiete quindi o è normale ed allora devesi considerare come patologicamente rialzato, o è moderatamente subnormale e dipende da condizioni esterne, nè deve essere considerato in rapporto colla malattia del cervello. Così pensa anche Wachsmut (1).

Dopo aver citate le conclusioni di parecchi Autori più o meno contradittorie, Mendel così conchiude :

« Nella encefalite interstiziale non credo sia assolutamente necessario che esistano fenomeni febbrili: se questi hanno luogo, si dovrà attribuirli primieramente a malattie somatiche, in rarissimi casi a processi di meningite acuti ed estesi, in altri infine si dovrà ricorrere alla partecipazione di centri termici. »

Voisin (2) pone la paralisi generale fra un gruppo di frenopatie che egli chiama pazzie infiammatorie, basandosi sull'opinione che la paralisi generale progressiva, presenta più frequentemente di tutte delle esacerbazioni febbrili, massime nelle forme acute e nelle recrudescenze del delirio (accessi congestivi) ed altresì talora anche nelle varietà le più croniche sotto forma di apparizioni brevi. Come Mendel, egli crede poco sicure le osservazioni termometriche fatte all' ascella.

Tale divergenza di opinioni richiede che ci fermiamo

(1) *Zeitschr. für Psych.* XIV.

(2) Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Paris, 1883, pag. 109.

alquanto su questo punto. Le nostre osservazioni ci han fatto rilevare relativamente al caso esposto che in genere la temperatura non era aumentata, ma solo soggetta a rialzamenti abbastanza rilevanti in vicinanza e durante gli accessi congestivi. Nè dobbiamo pensare a dispersione di calorico sotto l'ascella perchè mediante l'applicazione del termometro fatta tenendo il braccio del paziente ben compresso contro il petto, il bulbo dello strumento si trovava in una cavità perfettamente chiusa e difesa dall'influenza degli agenti esterni.

Inoltre il nostro ammalato era abbastanza tranquillo e così docile da non fare movimenti mentre veniva osservato. Del resto sopra la misurazione della temperatura coll'applicazione del termometro al retto, ne sia permessa una breve digressione. Primieramente non potrebbesi ammettere che praticamente tale applicazione del termometro al retto sia generalizzabile e vada scevra di inconvenienti. Avendo sperimentato infatti questo metodo in parecchi dei nostri ammalati, ho rilevato: in primo luogo che alcuni di essi i quali si lasciano volentieri applicare il termometro all'ascella, si rifiutano assolutamente di lasciarsi introdurre il termometro nel retto; in secondo luogo poi è da osservare che i riguardi al pudore e l'incentivo alle esacerbazioni del delirio nei perseguitati e negli illusi il più delle volte fanno sconsigliare tale applicazione. Se poi anche si rende possibile l'applicazione del termometro al retto, a questa seguono talora alcuni inconvenienti, che possono condurre ad errori non lievi. Così lo stato mestruale nella donna per la congestione che porta alle parti circostanti al retto non può non influire sulla colonna termometrica e farle segnare qualche frazione di grado in più; la specialità del regime dietetico potrà produrre speciali processi fer-

mentativi dai quali sarà facile lo svolgimento di un calore abnorme dell'intestino.

La stessa contrazione degli sfinteri poi ed il grado della introduzione dello strumento nel retto possono modificare moltissimo l'altezza della colonna mercuriale, come io stesso osservai e come tutti possono esperimentare.

Se infatti appena introdotto il termometro in modo che il bulbo sia compreso dallo sfintere anale e mentre la colonna di mercurio sale rapidamente, si fa contrarre lo sfintere stesso all'individuo sul quale si esperimenta, si arresta subito il salire della colonna e continuando la contrazione, la colonna discende lentamente. Ciò si verifica se essa non abbia raggiunto più di 33 gradi; che se la colonna stessa ha raggiunto un grado pressochè stabile al disopra di 37, per le contrazioni dello sfintere ridiscende ancora ed abbastanza speditamente. Anche il grado di introduzione influisce a modificare la colonna termometrica, giacchè a bulbo appena nascosto nel retto, si ha un grado di temperatura minore di quello che si ottiene quando il bulbo è introdotto, per esempio, di quattro centimetri. La differenza varia in tal caso da 3 a 5 decimi di grado. È notevole però che talvolta introducendo il termometro ancor di più la colonna discende di 1 o 2 decimi di grado.

Mendel stesso nel mentre appoggia il metodo rettale, conviene che talvolta col medesimo la colonna mercuriale dopo aver raggiunto il massimo grado discende di 1 a 2 gradi ed attribuisce ciò a movimenti dell'individuo. Egli mette così questo metodo nelle medesime condizioni dell' ascellare.

Del resto, preferendo il metodo rettale, come potremmo stabilire dei confronti colle osservazioni fatte

finora, essendosi già convenuto fra i clinici sul grado normale di temperatura, dedotto dalle applicazioni del termometro all'ascella?

Ma torniamo al caso nostro.

Avendo fatto uno spoglio delle tavole termometriche sono riuscito ad ottenere le medie delle temperature presentate dall'ammalato nelle diverse fasi della malattia; nella fase cioè dell'esaltamento ed in quella della depressione.

La media della temperatura fu durante il periodo di esaltamento con delirio ambizioso . . . di 36,6
Durante lo stato di depressione o di delirio ipocondriaco . . . . » 36,9
Nell' agitazione con accesso epilettiforme . » 37,71
Nello stato di agitazione con fenomeni congestivi ed apoplettiformi . . . . . . » 38,0

Anche quando a scopo profilattico si praticò all'infermo la rivaccinazione e si ebbe in esso lo svolgimento di alcune pustole, la media della temperatura fu di 36,7.

Infine nello stato di demenza completa, quando l'ammalato non presentava più traccia di delirio o solo di brevissima durata la temperatura media fu di 36,6. Ora, ammettendo la opinione di Mendel che le temperature normali nella paralisi progressiva debbansi riguardare come patologicamente rialzate, avendo noi trovato nel decorso ordinario della malattia delle temperature piuttosto abbassate, dovremmo considerarle come normali e ritenere che nel nostro ammalato la paralisi progressiva non si manifestò come malattia febbrile, ma presentò delle elevazioni di temperatura accidentali, in vicinanza e durante gli accessi congestivi.

La differenza osservata fra i periodi di esaltamento (36,6) ed i periodi di depressione (36,9) è così

leggiera, che può essere trascurata, per cui si deve ritenere che la forma del delirio non influì sul cambiamento di temperatura del corpo.

L'autopsia ci ha appalesato guasti gravissimi ed estesi dell'encefalo e ciò senza accenno ad aumento di temperatura correlativo. Soltanto durante gli accessi congestivi notavasi il sopra accennato rialzo, cui forse avrà corrisposto dal lato anatomo-patologico la formazione degli opacamenti e degli inspessimenti dell'aracnoide e della pia meninge.

Questo caso appoggia dunque l'opinione degli autori che ritengono la paralisi progressiva, come tutte le altre malattie mentali, una malattia essenzialmente apirettica. Non vogliamo spingerci per ora fino all'opinione del Kroemer, (1) il quale basandosi su di un numero considerevole di osservazioni (11,000) ritiene che la temperatura sia sempre più bassa nella paralisi progressiva per irritazione dei centri motori della corteccia e conseguente ristringimento dei vasi. Sarebbe forse anche lecito pensare che l'irritazione semplice portata dalla lenta inflammazione sulla corteccia cerebrale in corrispondenza delle zone eccitabili di Ferrier (2) e principalmente sulle circonvoluzioni frontale ascendente e parte anteriore della circonvoluzione del corpo calloso, abbia determinato un abbassamento di temperatura, mentre una lesione più grave, come la compressione improvvisa portata da ricorrente congestione ed anche emorragia fra le meningi, avrebbe invece portato il medesimo effetto della distruzione della parte e quindi un aumento di temperatura, ciò che starebbe in relazione alle esperienze di Eulen-

(1) Kroemer. Op. cit.
(2) Ferrier. *Les fonctions du cerveau.* Paris, 1878. Traduz.

burg, Landois (1) ed Hitzig (2), i quali ammettono l'esistenza di un centro termico corticale.

Però se si considera che il guasto del cervello del Bosisio era assai grave ed esteso si potrebbe pensare egualmente ad una lesione del ponte, dove si troverebbe, secondo Heidenhain, un altro centro termico, per non arrivare fino al midollo spinale (che non abbiamo esplorato) nel quale pure esisterebbe un centro termico, secondo le ricerche di Weber. (3)

Ultimamente il Mairet (4) professore a Mompellier, pubblicò un suo lavoro nel quale cerca di stabilire una forma particolare di malattia mentale che chiama demenza melanconica e che corrisponderebbe alla forma ipocondriaca della paralisi generale e nella quale si avrebbe di speciale la sede anatomica fissa della lesione. Secondo Mairet la lesione nelle forme ipocondriache si troverebbe anzichè alla vôlta, alla base del cervello in corrispondenza della corteccia dei lobi temporali, dei lobi sfenoidali e delle *labbra della scissura del Silvio*, e delle circonvoluzioni frontali inferiori ed olfattive. Egli tentò così di costituire un nuovo tipo clinico, basandosi sopra 5 sue osservazioni e sopra alcune altre (9) di Voisin, di Barlureaux e di Calmeil.

In un caso di paralisi generale progressiva a forma circolare con predominio della idee melanconiche, egli riscontrava all'autopsia che la pia madre si levava difficilmente dappertutto ma che le vere aderenze erano

(1) Eulenburg e Landois. *Ueber thermische von den Grosshirnhemispäre ausgehende Einflusse. Centralbl. f. d. med. Wiss.* 1876.

(2) Hitzig. *Centralblatt f. d. med. Wissensch.* 1876.

(3) Weber. *Transaction of the clinic Soc.* VI, 1873, p. 75.

(4) Mairet. *De la démence melancolique.* 1873.

principalmente corrispondenti ai lobi frontali anteriori ed agli sfenoidali.

Mairet conclude: « nella paralisi progressiva a forma ambiziosa le lesioni nella massima parte dei casi interessano particolarmente la sommità del cervello, le lesioni della base, se esistono, sono secondarie. All'incontro nella paralisi progressiva a forma melanconica le lesioni, benchè diffuse, interessano generalmente la base del cervello, e più spesso è in questa regione e lungo le labbra della scissura del Silvio che esse sono più rilevanti. »

Per quanto le aderenze della pia e l'essudato sotto la dura madre si sieno nel caso nostro estese fino alle labbra della parte superiore posteriore della scissura del Silvio, non abbiamo riscontrato lesioni alla base. Ora, come potremo spiegare il fatto secondo l'opinione del Mairet? e l'alterarsi del delirio ambizioso ed ipocondriaco come sarebbe spiegato colla persistenza della alterazione alla vôlta e grave? A spiegare i fenomeni presentati dal nostro infermo colle ipotesi del Mairet noi dovremmo ricorrere ad un elemento patologico spostabile, come sarebbe l'anormale copia del sangue circolante, il quale si potrebbe supporre affluente nei due diversi periodi quando più alla vôlta e quando più alla base con corrispondenti lesioni funzionali della sostanza grigia.

Ma tale ipotesi presentasi troppo spinta per poter essere condivisa senza difficoltà; per cui ritengo che le idee del Mairet non possano essere accettate, senza l'appoggio di dimostrazioni più numerose e più positive.

RIVISTA

Teoria nervosa della mestruazione. — Il dott. Rusconi nella *Gazzetta degli Ospitali* (12 agosto 1883) afferma che l'antica teoria, che fa dipendere la mestruazione dall'ovulazione, non è più sostenibile. Perocchè si hanno casi di flussi mensili in donne alle quali erano state esportate ambedue le ovaje e in taluna anche parte dell'utero. Egli inclina invece con Montrose a credere che la mestruazione sia subordinata ad una *nevrosi*, sebbene non sia ancor dimostrata negli organi generativi l'esistenza dei nervi trofici che governano i movimenti flussionarj. Tale idea ha il suo appoggio nel fatto dell'improvvisa e subita cessazione della mestruazione o d'una metrorragia dietro forti commozioni; nel fatto delle frequenti e facili irritabilità che accompagnano la funzione mestruale, irritabilità che variano dal semplice esaltamento psichico alla completa mania; nel fatto che la mestruazione si avvia quando l'utero e le ovaje sono atte ad adempiere alle funzioni loro assegnate, e si estingue quando le coglie l'involuzione senile; finalmente nel fatto della grande analogia che corre tra la vita degli organi riproduttivi maschili e quella dei feminei. Se l'erezione nel maschio è un epifenomeno, egli dice, da eccitamento psichico, è evidente che nella donna risultati presso che identici non possono essere attribuiti a causa disimile. Trattasi e nell'un caso e nell'altro di eccitamenti emanati dai centri cerebro-spinali, provocanti iperemie ed erezioni nel maschio, iperemia ed emorragia nella donna.

V.

Terapia della corea. — Il dott. Attilio Tosoni riferì negli *Annali Universali di Medicina* (luglio 1883) un caso di corea grave sì da impedire la loquela in una contadina d'anni 16, che fin dai primi anni era stata travagliata da dolori artritici. La malatia guarì perfettamente in 27 giorni colle ripetute inalazioni di nitrito d'amilo, delle quali se ne fecero più di 50. La giovane prese anche del cloralio idrato e del valerianato di chinina; ma a sbalzi, e non migliorò veramente che in seguito alle inalazioni del nitrito d'amilo.

Le inalazioni, delle quali se ne facevano tre al matino e tre alla sera, adducevano costantemente rapida congestione ai centri nervosi, rossore alla faccia e alla fronte, injezione sanguigna agli occhi, ansietà di respiro. V.

Ancora della fossetta occipitale. — Anche il dottor Giov. Romiti rinvenne due casi di fossetta occipitale media, l'uno in giovane studente suicida d'anni 20, l'altro in un alienato d'anni 44.

Nel primo la fossetta era di forma triangolare, accompagnata da relativa duplicatura della piccola falce. Si trovarono nella faccia inferiore della dura madre, vicino alla gran falce, dei *depositi ossei d'aspetto brillante, eburneo, con margini irregolarmente frastagliati, ciò che forse dà ragione delle funzioni psichiche non normali dell'individuo.*

Nel secondo la fossetta fu trovata ovale, allungata, alta 25 mm. e larga 15 nel mezzo, anche qui corrispondente a divisione della piccola falce. Il verme inferiore si offrì *notevolmente accresciuto inquantochè era assai più scoperto di quanto normalmente suole essere.* (*Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale*, vol. IV, fasc. 1).

Anche in questi due casi ciò che emerge degno di maggior attenzione è che in ambedue la piccola falce della dura madre era doppia. È questo un fatto sul quale il dott. Verga si arrestò fin dal 1876 (1), e ne argomentò essere la fossetta occipitale media piuttosto in rapporto colla evoluzione della dura madre che con quella del cervelletto, il quale del resto rimane sempre più o meno lontano dall'ossatura per uno strato di liquido cefalo-rachidiano interposto. V.

BIBLIOGRAFIA

La pazzia nei militari — *del dottor* PIETRO GRILLI.

L'A. ha già trattato questo importante argomento col proposito di porgere ai medici militari i risultati delle osservazioni

(1) *Nuove ricerche sulla fossetta occipitale.* (*Rendiconti del R. Istituto Lombardo di scienze e lettere.* Milano, 1876).

che si fanno nei manicomj sugli alienati provenienti dall'esercito, affinchè essi se ne valgano nelle varie circostanze del loro servizio.

Così alle note statistiche raccolte in un ventennio nel Manicomio fiorentino intorno alla pazzia dei militari e già dall'A. publicate, ora egli aggiunge le ricerche da lui fatte nel periodo di tredici anni, cioè dal 1 genajo 1870 al 31 dicemdre 1882 nell'Ospizio in Bonifazio sopra novantun soldati.

Distingue in apposita tabella li ufficiali, che furono tredici, dai gregarj, che sommarono a settantotto, e ciò per rispettive differenze di posizione.

L'A. avverte, che in linea statistica non si può avere il numero preciso dei graduati pazzi desunto dalla totalità degli ufficiali e ne dà le ragioni; mentre quello dei pazzi della bassa forza si può ottenere col confronto dei soldati spettanti alla direzione di sanità della divisione locale.

Questi diedero in tredici anni la media annua di 5 1[2 per cento; questa media offrì la proporzione di poco più di mezzo per mille.

Dei tredici ufficiali, uno era affetto da mania di persecuzione, uno da monomania ipocondriaca, due da melancolia e nove da frenosi paralitica. Su quest'ultima l'A. si ferma per rilevarne l'esorbitante proporzione, e per averla trovata grave del pari nelle sue precedenti indagini, le quali in un ventennio diedero dieci paralitici su diciotto alienati: così pure nel Manicomio di Siena in sette anni, fra quattordici ufficiali alienati si notarono dieci paralisi; a Pesaro nel passato decennio cinque sopra sette; a Milano nella Casa di S. Celso dodici sopra tredici, tanto che dal totale di queste cifre emerge la spaventosa proporzione del 70 per cento e più.

Delle cause fisio-patologiche, traumatiche e morali trovate esposte nelle note anamnestiche dei nove ufficiali l'A. non tiene gran conto senza escluderle del tutto.

Così dicasi degli abusi di venere e degli alcoolici, pei quali l'A. fa del pari delle riserve che indica, per considerarli quali cause solo in quanto un'altra potente vi concorra.

Egli dichiara di attribuire piuttosto alla sifilide un'azione molto maggiore di quella, che finora le fu assegnata, notando

che gran numero di paralitici, che patirono di sifilide, possono passare inosservati per mancanza di notizie o per essere state taciute, come spesso si è infatti verificato.

Guidato da questo concetto l'A. adduce in prova:

1.° Che in ventidue anni e con una media annua di trenta paralitici, oltre ad altri casi avuti nella clientela privata, non osservò mai forme sifilitiche con sintomi primitivi o precoci, ma bensì con quelli di consecutivo sviluppo; così ritiene, che i paralitici ben dichiarati si mostrino refrattarj a contrarre la sifilide per esserne già saturi, e invita altri a verificare la loro refrattarietà.

2.° Che di rado i paralitici ottengono vantaggi dalla cura antisifilitica.

3.° Che spesso constatò essere preesistita in paralitici la sifilide, che era stata esclusa colle più serie assicurazioni.

4.° Che straviziatori di alcool, ma non sifilitici, non offersero mai segni di pazzia paralitica.

5.° Che gran numero di sifilitici, piuttosto bevitori senza che abusassero di alcool, divennero paralitici anche in absenza di altre cause ausiliarj a produrla.

L'A. cita un caso per ciascuna della 3.ª 4.ª e 5.ª proposizione per inferirne, che il più frequente fattore della frenosi paralitica sia il connubio dell'inquinamento sifilitico coll'alcoolico e che il primo di questi abbia un valore probabilmente maggiore del secondo. Confermerebbero questa ipotesi i fatti, che i pazzi paralitici maschi figurano nelle statistiche il triplo delle paralitiche, e che negli affetti di sifilide li uomini sono in maggioranza.

Dalle enunciate sue convinzioni l'A. formola consigli pratici profilattici e curativi da seguirsi dai medici militari, quali sono: di evitare la coincidenza dell'infezione sifilitica coll'alcoolismo e di incoare prontamente la curà antisifilitica unita a cautele vigorose igieniche e dietetiche ai primi segnali di pazzia paralitica con sospetto di pregressa sifilide.

Continuando, l'A. porge ai medici militari una traccia, che agevola la diagnosi spesso difficile della frenosi paralitica nei suoi primordj, non che i criterij per distinguerla dall'atassia locomotrice. Si difonde dippoi colla solita sua diligenza e si-

curezza d'occhio sui particolari diagnostici della detta frenosi.

Come l'A. ha premesso, i pazzi della bassa forza da lui studiati furono in numero di settantotto, che distinse sul totale in *carabinieri* (13), *veterani* (9), ed in *incriminati* (13) per la grande differenza delle loro condizioni di fronte agli altri quarantatrè.

Riguardo ai semplici soldati l'A. crede che il servizio militare abbia una parte minima nel favorire lo sviluppo della pazzia, daechè in buon numero di loro egli trovò indicate cause identiche a quelle, che sogliono produrla in qualsiansi altri e che quelle accertate come derivanti dal servizio militare sono ben poche e non del tutto esclusive.

Sulle cause relative alla pazzia dei carabinieri, la cui cifra sarebbe più che tripla di quella di tutti li altri militi, l'A. non ha a dare che giudizj di probabilità.

I veterani, cioè soldati al di sopra dei 35 anni erano pazzi paralitici.

L'A. trova che i detenuti sono molti e che nel caso, che la proporzione fosse assoluta, anche qui non si potrebbero dare che spiegazioni probabili.

L'A. mette in linea i residui 78 soldati, per farne la rassegna, distinguendoli secondo la forma di alienazione mentale di ciascuno: e manda all'avanguardia li *imbecilli* che sono tre.

Uno solo di questi, vero e proprio imbecille, passato dal consiglio di leva per eventuali circostanze, fu subito spedito al manicomio. Sugli altri due l'A. chiama l'attenzione dei medici militari per lo studio della simulazione e disimulazione.

A questi fa seguire li affetti da *degenerazione* o *imbecillità morale*, che sono in numero di due. Esposti i segni caratteristici di questa vesania e ricordato che costoro nelle armate sono assai proclivi al suicidio, l'A. raccommanda ai medici militari di star bene attenti nell'accettare i volontarj, fra i quali a lui risulterebbe trovarsi la più parte dei degenerati, i quali per la brutalità dei loro istinti pervertiti, derivante da mancanza di criterio fisiologico intellettivo, le famiglie li spingono ad arruolarsi per liberarsene.

Di *demenza* uno solo fu vittima: però si tratta di un recidivo di antico attacco di pazzia e che da tempo era detenuto.

La *monomania* è rappresentata da quattro casi, dei quali due tipici intellettuali in due condannati. Premessi i sintomi in loro riscontrati, l'A. vorrebbe che la medicina militare si interessasse di conoscere se nei carcerati militari questa forma si mostri sì o no in prevalenza sui civili. Il terzo preso da monomania panofobica, tentò il suicidio e morì tubercoloso, offrendo così il caso di monodelirio instintivo e non intellettuale e la stranezza di vedere un tubercoloso divenire monomaniaco. Il quarto soggetto, tipo anch'esso di monomania impulsiva, sospettato di simulazione per otto mesi, senza che siasi verificata, dà agio all'A. di consigliare molta circospezione nel darne giudizio.

La *stupidità* si rilevò in uno solo: su questa forma frenopatica, l'A. notata prima la divergenza di opinioni degli alienisti ammette, secondo i casi, la stupidità quale varietà della melancolia e quella di natura propria.

A proposito dei ventiquattro *melancolici*, in confronto specialmente di soli 20 maniaci, l'A. attribuisce il fatto alla casualità, considerandolo come eccezionale e bisognevole di ulteriori indagini. Venti furono i *maniaci* dei quali 17 furiosi: li esiti furono favorevoli, e l'A ne dà merito alla prontezza del loro invio al manicomio.

Si constatò due volte la *pazzia a doppia forma* o *circolare*: di essa l'A. mette in rilievo i segni differenziali da altre forme tanto del suo periodo di eccitamento, quanto di quello di depressione, accennando al bisogno di riconoscerla presto.

Si ebbero sette *epilettici*: l'A. esclude che il servizio militare favorisca lo sviluppo dell'epilessia: trovò che i più erano epilettici prima di esser militi, che uno aveva fratelli epilettici; li altri due li considera epilettici (dati certi fenomeni speciali) anche in absenza di accessi convulsivi, che possono essere fugaci o larvati.

Qui l'A. traccia in particolare i segni psichici caratteristici della pazzia epilettica, non che quelli che la distinguono da altre frenosi: cita poi un caso di amnesia transitoria degli epilettici per segnalare il pericolo di errore, che può nascere dall'equivocare la memoria sur un fatto medesimo: errore in cui

potrebbe cadere anche lo stesso ammalato. Cita un esempio per schiarimento.

Enumera in seguito altri fenomeni diagnostici di questa pazzia per constatarla anche in mancanza di accessi proprj.

L'A. dà importanza a questi studj per ragioni di publica sicurezza e nell'interesse della giustizia punitiva.

Dei cinque *pazzi paralitici* quattro erano veterani; il quinto era detenuto; sifilitici due, e tre alcoolisti. Il detenuto morì dopo un anno per marasmo paralitico: anche qui l'A. esclude l'azione alcoolica nella genesi della frenosi paralitica.

Rapporto alla *simulazione della pazzia*, nessuno dei soldati ne diede segni bene accertati. Nota che si danno pazzi capaci di simulare un genere di pazzia diversa da quella che hanno. L'A. rammenta un imbecille, che per sette mesi cercò di scioccamente simulare or l'una or l'altra forma di pazzia, ed il noto simulatore Devoster, per conchiudere che costoro colla loro spontanea confessione fecero sapere, che il lungo insistere nella simulazione espone a perdere l'intelligenza davvero. L'A arreca tre casi di simulazione che rimasero dubj. Per verificarla l'A. propone di valersi d'ogni occasione per offrire ai sospetti di simulazione il destro di potere capitolare senza smascherarsi del tutto. Ad individui poco deliranti trovò di accordare un lungo congedo per giudicare del loro contegno in istato di libertà. In sei militi la *pazzia non si è verificata*. L'A. spiega caso per caso la contradizione insorta fra il giudizio affermativo della sanità militare ed il negativo emesso dalla Direzione medica, dimostrando che non fu che apparente.

Chi....

Il delirio di persecuzione nell' amore muto dei monomaniaci casti. — *Lettera del prof.* VINCENZO INGO *al prof.* Cesare Lombroso. — Caltagirone, 1883.

Soggetto di questa lettera, preceduta da rugiadosa prefazione, è un tale Giovanni Failla Curato da Vizzini, di anni 31, maestro elementare, il quale nel restituire un libro ad un suo zio segretario di quel Commune, gli tirò a bruciapelo un colpe di rivoltella, secondo il prof. Ingo, e tre, secondo il prof. Lombroso, e

ciò nella stessa segreteria communale, in presenza di molte persone e senza pregressi litigi.

Sì l'uno che l'altro dei professori caddero d'accordo nel dichiarare il Failla irresponsabile del commesso delitto, invocando in suo favore, oltre la disposizione ereditaria alla pazzia, il suo carattere eccentrico, le allucinazioni di genere erotico, il delirio di persecuzione, le sue fantasticherie ambiziose colla smania di poetare a sproposito, ecc., ecc.: se non che il prof. Lombroso (1) prese per un lampo di vero poeta nel colmo della passione otto versi (2), da lui trovati nelle autobiografie del Failla, che viceversa sono figli legittimi del cantor di Laura (3).

Del resto, nel lavoro associato dei due egregi professori non manca copia di argomentazioni, di citazioni di autori e di casi, ecc., ecc., a sostegno della tesi presa a trattare, e nemmeno un tantino di commoventi entusiasmi di mutua ammirazione.

Per conchiudere rimane a dire, che il giudizio concorde dei sullodati due professori fu confermato dalla perizia motivata data dal Manicomio criminale di Torino sulle condizioni psichiche di Giovanni Failla da Vizzini, cioè con dichiarazione di irresponsabilità.

Chi....

NOTIZIE - VARIETÀ

Concorsi. — Il R. Ministero dell'interno ha publicato il concorso ai seguenti temi:

1.° Tema. *Premio L. 2000.* — « Esporre i progressi fatti in

(1) Estratto dall'*Archivio di Psichiatria*, vol. IV, fasc. 3.°, posto in appendice alla lettera.

(2) Pagina 3 di detto estratto.

(3) Solo e pensoso i più deserti campi
Vo misurando a passi tardi e lenti,
E li occhi porto per fuggire intenti,
Dove vestigio uman l'arena stampi.
Altro schermo non trovo che mi scampi
Dal manifesto accorger delle genti:
Perchè negli atti d'allegrezza spenti
Di fuor si legge com'io dentro avvampi.

PETRARCA, *Sonetto* XXVIII.

« questo secolo (in Italia e fuori) negli studj di antropologia cri-
« minale e le teorie sostenute dagli scrittori più autorevoli;
« esaminare i fatti e le cifre statistiche che essi adducono a
« sostegno di queste teorie, e confortarle o combatterle con altri
« fatti e con altre statistiche. »

Come è facile vedere, la importanza di questo tema consiste sopratutto nell'ultima parte, poichè le prime due non ne sono che l'introduzione storica. È naturale quindi che la preferenza sarà data a quella memoria nella quale si raccoglierà maggior copia di ricerche di antropologia criminale.

Nessuno tra i cultori delle discipline antropologiche ignora come ai dì nostri una scuola di dotti sperimentalisti crede di poter trovare le cause determinanti della spinta a delinquere anche nel cretinismo, nel gozzo, nell'alcoolismo, nella pazzia degli ascendenti, nelle anomalie del corpo, specie del cranio; come crede di poterne fissare alcuni speciali caratteri nelle misure craniche e facciali, negli errori della favella e dello scritto, nella dinamometria, nella estesiometria, algometria, ecc.

E poichè a questa scuola appartengono ormai uomini per ogni verso rispettabili; poichè trattandosi di fatti è bene che essi siano confermati se veri, corretti se erronei, smentiti se falsi, la nostra *Rivista di discipline carcerarie,* che non fu tra le ultime a richiamare l'attenzione de' dotti su quelle ardue questioni, crede di seguire il suo programma mettendo a concorso questo tema; e spera che molti si accingeranno a rispondere all'appello, sopratutto tra i sanitarj di stabilimenti carcerarj, a svolgerlo con animo calmo ed imparziale, cercando la verità più che la gloria di nuove teorie, senza preoccupazione di sorta, perchè la verità, come la luce del sole, si fa sempre strada, e non può che esser bene tutto quel che è vero.

2° Tema. *Premio L. 1000.* — « Esporre quali norme e quali
« criterj han seguito le antiche legislazioni nel definire e nel
« punire la recidiva; quali norme e quali criterj seguono le
« legislazioni vigenti; esaminare sopratutto colla scorta dei
« fatti, quali siano le cause principali della recidiva e quali i
« mezzi per combatterla. »

La questione della recidiva, legandosi intimamente a quella della delinquenza, è naturale che l'una non possa essere trat

tata senza l'altra. I registri statistici in uso da molti anni nei nostri stabilimenti penali possono fornire, sulla prima come sulla seconda, documenti preziosi allo scrittore che voglia studiare quelle due questioni per la parte che si riferisce all'Italia.

Molte ricerche sono state fatte, in questi ultimi anni, sulle cause della recidiva, da scrittori italiani e stranieri; sarà bene ritornare su quelle ricerche, e vedere se, e fino a qual punto, esse sono confermate dalle più recenti statistiche criminali e carcerarie.

L'eredità del delitto occupa, da qualche tempo, li studiosi; una questione così grave non può essere dimenticata, trattando delle cause della recidiva.

Tra queste cause non ultima da esaminare è quella che si riferisce agli effetti di una prima detenzione sofferta; ciò che in sostanza conduce allo studio della influenza della detenzione nelle carceri giudiziarie, nei luoghi di pena e di custodia, nei riformatorj, nelle isole per il domicilio coatto.

Studiando i mezzi come diminuire il numero dei recidivi, si è sollevato anche il dubio di sapere cioè: quali guarentigie debba accordare la legge agli accusati prima di dichiararli recidivi; se ed in quali casi per essi debba stabilire pene a tempo determinato, ovvero pene a tempo indeterminato — pene che sieno di maggior severità, di più lunga durata, ecc., ecc. Nel trattare questi argomenti sarà bene esaminare altresì le altre questioni che vi si collegano, cioè: quale dovrebbe essere il sistema penitenziario da applicare ai recidivi: se e quali attribuzioni dovrebbero spettare alle autorità carcerarie nel trattamento di questa categoria di condannati, ecc., ecc.

In una parola, la seconda parte di questo tema non dev' essere un riassunto di opere altrui o di altrui osservazioni accettate alla cieca: ma un lavoro originale — un lavoro che sia il risultato di studj sperimentali, della propria coscienza, delle proprie convinzioni.

3.° Tema. *Premio L. 1000.* — « Definire cosa sia la volontà
« — quale sia la genesi fisio-psicologica di quelle azioni che
« diconsi volontarie — cioè quali fatti psico-fisici generalmente
« precedono l'atto volitivo; indicare in qual modo, in quale
« epoca della vita e sotto quali condizioni, interne od esterne

« si sviluppa normalmente nell' uomo la facoltà del volere —
« quali rapporti esistano tra le modalità diverse delle facoltà
« volitive e le altre facoltà mentali; indicare quali siano i
« mezzi più efficaci per aumentare l' energia della volontà in
« guisa da influire sulla formazione del carattere morale del-
« l' uomo, e farne mezzo di correzione negli adulti, e più ancora
« nei minorenni. »

Questo tema di psico-fisiologia-pedagogica non ha bisogno di molte spiegazioni.

Li studj fatti, sopratutto in questi ultimi anni, sulla volontà, hanno mostrato quale ne sia l' importanza e quanto vasto ne sia l' orizonte; e perciò crediamo che la trattazione di questo tema possa essere utilissima sotto tutti i riguardi.

Pel primo tema il concorso è internazionale, ma le *Memorie* non potranno essere scritte che in italiano od in francese.

Per li altri temi il concorso è riservato agli scrittori italiani.

Le *Memorie*, originali, inedite, anonime, dovranno giungere, franche di spesa, alla *Direzione della Rivista di discipline carcerarie* non più tardi del 31 dicembre 1884 pel 1.° tema; non più tardi del 30 settembre detto anno, per li altri due.

Ogni lavoro sarà distinto con un motto ripetuto su di una busta suggellata entro la quale dovrà esservi la firma dell' autore.

I concorrenti conserveranno la proprietà dei loro scritti, i quali saranno restituiti appena la Commissione che sarà incaricata di esaminarli avrà emesso il suo parere.

Li autori degli scritti premiati dovranno publicarli entro sei mesi dal giorno della restituzione del manoscritto, o lasciarli publicare nella *Rivista di discipline carcerarie*, se la Direzione di essa vi consente. Nel primo caso l' autore è obligato a dare 50 copie della Memoria publicata alla Direzione della *Rivista;* nel secondo caso, oltre al premio stabilito, l'autore ne riceverà 100 copie.

Il premio sarà dato il giorno della publicazione della Memoria premiata.

Roma, 1.° *settembre* 1883.

Dottor Serafino Biffi, *Gerente.*

INDICE GENERALE DELL'ANNO VENTESIMO

A.

C.

D.

E.

F.

G.

I.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

AUTORI

ANNUNZJ BIBLIOGRAFICI

Giacomini prof. Carlo. — *Benderella dell'*uncus *dell'ippocampo nel cervello umano e di alcuni animali.* — Torino, 1882.

Idem. — *Annotazioni sopra l'anatomia del Negro.* — Seconda Memoria. Torino, 1882.

Idem. — *Nota alla Lettera aperta a lui diretta dal prof. Benedikt sulla* Questione dei cervelli dei delinquenti. — Torino, 1883.

Fiorani dott. Giovanni. — *Sciatica ribelle agli ordinarj mezzi di cura, guarita collo stiramento incruento dello sciatico.* — Milano, 1883.

Solivetti prof. Alessandro. — *Dei progressi della medicina in generale e specialmente della psichiatria.* — Prolusione. Roma, 1883.

Solfanelli dott. Pietro. — *Trattato elementare e pratico di psichiatria. Patologia speciale.* — Torino, 1883.

Bonfigli dott. Clodomiro. — *Annotazioni cliniche intorno ad un caso di peritiflite.* — Bologna, 1883.

Bianchi prof. Leonardo. — *Contribuzione sperimentale sulle compensazioni funzionali della corteccia cerebrale.* — Napoli, 1883.
